

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PEDAGOGIKY
ODDĚLENÍ SPECIÁLNÍ A INKLUZIVNÍ PEDAGOGIKY

**VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA
LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Případová studie vybraného chráněného bydlení v Plzeňském kraji

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Anna Králová
Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Káňová, PhD.

Plzeň 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 24. dubna 2024

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi svou podporou umožnili dovést předkládanou bakalářskou práci do této podoby. Největší poděkování patří všem respondentům z řad lidí s mentálním postižením, od kterých jsem dostala takovou důvěru, že mi dovolili nahlédnout do jejich životů. Děkuji pracovníkům sociální služby, kteří mi umožnili uskutečnit rozhovory s nimi i s jejich uživateli a poskytli k tomu klidné a bezpečné prostředí.

Děkuji paní Mgr. Šárce Káňové, Ph.D. za vedení práce a doprovázení mě v mých badatelských aktivitách.

Ráda bych také poděkovala mé rodině, která při mně vždy stála a podporovala mě ve všech mých rozhodnutích a představách.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	2
ÚVOD	3
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	4
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	6
2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	6
2.2 DEINSTITUCIONALIZACE, TRANSFORMACE SLUŽEB PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	7
2.3 BYDLENÍ A ŽIVOT V KOMUNITĚ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	8
2.4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	10
3 KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	12
3.1 KVALITA ŽIVOTA SE ZAMĚŘENÍM NA LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	12
3.2 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	15
4 SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK	18
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	20
5.1 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A VÝZKUMNÝ DESIGN	20
5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	21
5.3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE.....	21
5.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A ROLE VÝZKUMNÍKA	24
5.5 PROSTŘEDÍ SBĚRU DAT.....	24
5.6 VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	25
5.6.1 Škála osobních výsledků – Personal Outcomes Scale.....	25
5.6.2 Teorie životních drah – Life Course Approach.....	28
5.7 ZPŮSOBY ANALÝZY DAT	30
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
6.1 ŠKÁLA OSOBNÍCH VÝSLEDKŮ.....	32
6.1.1 Sečtení domén u jednotlivých respondentů	32
6.1.2 Shoda výpovědí uživatelů a pracovníků	35
6.1.3 Vztah mezi středními hodnotami subjektivního a objektivního pohledu	37
6.1.4 Vztah našich výsledků s dalšími studii	37
6.2 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚHY UŽIVATELŮ SLUŽBY CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ.....	41
6.2.1 Životní příběh respondenta 1	42
6.2.2 Životní příběh respondenta 2	43
6.2.3 Životní příběh respondenta 3	45
6.2.4 Životní příběh respondenta 4	46
6.2.5 Životní příběh respondenta 5	48
6.2.6 Shrnutí životních příběhů	49
6.3 POROVNÁNÍ METOD ŠKÁLA OSOBNÍCH VÝSLEDKŮ A ŽIVOTNÍ PŘÍBĚHY	52
7 SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	56
7.1 STĚŽEJNÍ ZJIŠTĚNÍ.....	56
7.2 MÍRA NAPLNĚNÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	57
7.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58
ZÁVĚR.....	60
RESUMÉ.....	I
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	I
SEZNAM SCHÉMÁT, TABULEK A PŘÍLOH	VII
SEZNAM PŘÍLOH	VIII

SEZNAM ZKRATEK

CHB – Chráněné bydlení

IBM – The International Business Machines

JDI – Jednota pro deinstitucionalizaci

LCI – Life course interview; rozhovory formou životního příběhu

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

POS – Personal Outcomes Scale; Škála osobních výsledků

SPMP ČR – Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Úvod

Bakalářská práce se zaměřovala na vnímání kvality života lidmi s mentálním postižením a na to, jakými způsoby je možné na kvalitu života nahlížet. Téma kvality života z pohledu lidí s mentálním postižením není v České republice zatím tolik probádané. Jediná vydaná publikace, která se tímto tématem zabývá, je v anglickém jazyce od autorů Šiška a kol. (2021). Dostupností a kvalitou sociálních služeb se zaměřením na služby pro lidi s mentálním postižením se v České republice zabýval projekt ROBIN, vedený badatelským týmem Káňová a kol. (2020–2023). V bakalářské práci jsme vycházeli a shrnovali jednotlivá zjištění z českých i zahraničních publikací a studií. Zaměřovali se na možné metody i pohledy zjišťování kvality života lidí s mentálním postižením. Byl kladen důraz na důležitost subjektivního pohledu lidí s mentálním postižením v roli uživatelů sociálních služeb na jimi prožívanou kvalitu života.

Práce byla vedena formou výzkumného šetření, které bylo realizováno se znalostí důležitých teoretických východisek. Čtenář byl s nimi v práci seznámen a získává povědomí o základní problematice. Ve výzkumném šetření došlo k porovnání pohledů na kvalitu života lidí s mentálním postižením žijících ve vybraném chráněném bydlení s pomocí dotazníkové výzkumné škály osobních výsledků (Personal Outcomes Scale; POS) uskutečňované formou rozhovoru. Bylo nahlíženo na shodu a rozdílnost pohledu uživatele a pracovníka služby ve výsledných hodnotách POS. Získané výsledné hodnoty byly porovnány také se zahraničními studii. Na problematiku kvality života bylo rovněž nahlíženo pomocí teorie životních příběhů. Na základě rozhovorů byly sestaveny jednotlivé životní příběhy respondentů. Na závěr byly tyto dvě výzkumné metody porovnány mezi sebou. Výzkumným souborem bylo 5 uživatelů služby vybraného chráněného bydlení a 2 klíčový pracovníci služby. Výzkumný vzorek byl vybrán s ohledem konání dlouhodobé odborné praxe výzkumnice ve službě chráněného bydlení v Plzeňském kraji.

V kapitolách věnujících se teoretickým východiskům bylo definováno téma podpory lidí s mentálním postižením. Seznámili jsme se s pojmem transformace a deinstitucionalizace v návaznosti na využívání sociálních služeb, konkrétněji jsme probrali službu chráněného bydlení. V dalších kapitolách jsme se věnovali nejenom definování a vývoji konceptu kvality života, ale i kvalitě v sociálních službách.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Každá osoba s mentálním postižením je svébytným jedincem, který disponuje charakteristickými osobnostními rysy. Dle Taylora (2023) je člověk s mentálním postižením charakterizována jako osoba, u které se projevuje nižší nebo snížená úroveň adaptačního chování. Nastávají určitá omezení v kognitivním rozvoji, v komunikačních schopnostech, v sociálních a praktických dovednostech (Sonia a kol., 2023). Dochází ke snížení schopnosti při osvojování si vědomostí, dovedností a návyků na takové úrovni, které je charakteristické pro osoby z majoritní společnosti (Černá a kol., 2015). Za příčinu mentálního postižení se považuje organické postižení mozku.

Mentální postižení se u jedinců nejvíce projevuje např. zpomalenou chápavostí, sníženou mechanickou a logickou pamětí, nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, nedokonalým vnímání času a prostoru (Valenta, 2014). Osoba s mentálním postižením se může setkat s obtížemi spojenými s naplňováním sociálních rolí, které jsou charakteristické pro jeho vrstevníky bez postižení (Černá a kol., 2015).

Definice mentální retardace, která je uvedena v MKN-10, je *„stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje podílejících se na celkové úrovni inteligence“* (Valenta, 2018, s. 36). Dochází k narušení především řečových, motorických a sociálních dovedností.

Můžeme také vycházet z Americké asociace pro mentální a vývojové postižení (AAIDD, 2020), kde je mentální postižení bráno jako *„postižení charakterizované významovými omezeními jak v intelektuálním fungování, tak v adaptivním chování, které pokrývá mnoho každodenních sociálních a praktických dovedností“*. Zmiňují, že mentální postižení se objevuje před dovršením 22 let.

Světová zdravotnická organizace (WHO) pravidelně reviduje Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN), ve které se uvádí dělení nejen mentální retardace. Podle klasifikace MKN-10 se mentální retardace dělí podle inteligenčního kvocientu a podle schopnosti adaptability. Rozlišujeme:

- F70 – lehká mentální retardace: IQ 50–69 (dříve debilita),
- F71 – středně těžká / střední mentální retardace: IQ 35–49 (dříve imbecilita),

- F72 – těžká mentální retardace: IQ 20–34 (dříve idioimbecilita, prostá idiocie),
- F73 – hluboká mentální retardace: IQ do 19 (dříve idiocie, vegetativní idiocie),
- F78 – jiná mentální retardace,
- F79 – nespecifická mentální retardace.

Výše uvedené klasifikace, jsou zahrnovány hlavně v modelu medicínském. Medicínský model nahlíží na lidi se zdravotním postižením jako na pacienty, kteří trpí a mají určitou vadu či handicap (Černá a kol., 2015). Postižení osoby se bere jako problém jedince, který je způsoben nemocí nebo jiným zdravotním stavem. Stav, ve kterém se osoba nachází vyžaduje trvalou lékařskou péči (Sonia a kol., 2023). Valenta (2018) dodává, že medicínský model je orientován na psychopatologickou diagnostiku a klade důraz na včasné zachycení vývojových poruch. Model je možné označovat jako model limitační či klasifikační, jak bylo zmíněno výše.

Medicínský model byl v 60. a 70. letech 20. století kritizován, což vyvolalo potřebu vytvoření nového paradigmatu (Figari & Fernnández, 2023). Vznikající sociální paradigma vychází z holismu, vyzdvihuje celostnost. Sociální model poukazuje na to, že postižení je utvářeno vlivem společenského prostředí na jedince (Sonia a kol., 2023). Z toho vyplývá, že samotné postižení člověka neznevýhodňuje či nezneschopňuje osobu s postižením.

Od roku 2006, po přijetí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, začínají debaty o vzniku modelu lidských práv. Model zahrnuje osobu se zdravotním postižením jako subjekt práva. Jádrem modelu je inkluze a možnost obrany práv osob se zdravotním postižením (Figari & Fernnández, 2023). Říká, že lidská práva se vztahují na všechny osoby stejným způsobem, jsou univerzální.

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V kapitole definujeme, co to jsou sociální služby a čím se zabývají, se zaměřením na sociální služby pro lidi s mentálním postižením. Uvedeme čtenáře do problematiky deinstitucionalizace a transformace s důrazem na rozdíl mezi těmito pojmy. V podkapitolách se věnujeme bydlení a životu v komunitě lidí s mentálním postižením a možnostem využívání konkrétních služeb. V závěru je detailněji rozebrána služba chráněného bydlení.

2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Sociální služby jsou určeny všem lidem s postižením či jakýmkoli jiným znevýhodněním ve všech věkových kategoriích. Dle Matouška a Koldinské (2011, s. 9) „*sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit*“. Je důležité při tomto zmínit, že sociální služby nemají za cíl vyléčení postižení, ale jejich cílem je kompenzovat dopady postižení na člověka (Šiška a kol., 2021). Sociální služby zohledňují nejenom osobu, pro kterou jsou určeny, ale také její rodinu a přátele, společenství, do kterého se zapojuje svými zájmy. Některé sociální služby jsou ohraničeny konkrétním věkovým rozmezím uživatelů.

Sociální služby jsou z hlediska legislativy zařazovány do oblasti sociální pomoci. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se zabývá, definuje a uvádí jaké služby jsou poskytovány.

Matoušek (2007), Valenta (2012) i Pilát (2015) poukazují, podle Zákona o sociálních službách (Česko, 2006), na organizování sociálních služeb z hlediska jejich forem. Definují 3 druhy sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Služby sociální péče jsou založeny na reakci již existující sociální události s cílem podpoření a zapojení osoby se znevýhodněním do společnosti, do běžného života, a umožnit rozvoj její či zajistit potřebnou péči v důstojném prostředí a náležité kvalitě. Služby sociální péče mají snahu maximalizovat kvalitu života uživatelů, kteří jsou různou mírou závislí na podpoře poskytované jinou osobou (Šiška a kol., 2021). Služba sociální prevence napomáhá

předcházet a zabránit sociálnímu vyloučení s cílem napomáhat osobě se znevýhodněním překonat její nepříznivou sociální situaci. Sociální prevence se zabývá rovněž ochranou společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

V Zákoně o sociálních službách (Česko, 2006) jsou sociální služby děleny podle místa poskytování na služby ambulantní, terénní a pobytové. Pokud uživatel dochází do zařízení, kde je sociální služba poskytována, nebo je do ní doprovázen a jde o službu bez ubytování, jedná se o ambulantní sociální službu. Tyto služby mají stanovenou pevnou pracovní dobu a napomáhají ke zvýšení kvality života uživatelů i jejich rodin. Terénní sociální služba je poskytována uživateli v jeho přirozeném prostředí. Znamená to tedy, že poskytovatel sociální služby dochází za uživatelem a poskytuje svou službu v terénu, v přirozeném prostředí uživatele. Pobytová sociální služba je spojena s ubytováním uživatele, převážně na delší časové období. Uživateli je poskytováno ubytování ve specializovaném zařízení s vysokou mírou komfortu. Jedná se o 24hodinový provoz, během kterého je uživateli poskytována permanentní péče. Pobytovou službou je např. chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením.

2.2 DEINSTITUCIONALIZACE, TRANSFORMACE SLUŽEB PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V České republice je deinstitucionalizace vnímána jako dlouhodobý a postupný „proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí“ (MPSV, 2013, s. 46). Proces deinstitucionalizace nepředstavuje pouze přemístění osob z velké ústavní instituce do menších zařízení. Rovněž má být vnímána změna přístupu ke službám pro lidi se zdravotním postižením. Hlavním hlediskem pro sociální služby by měla být spokojenost uživatelů a jejich rodin (Šiška, 2005).

Osoby žijící v ústavním zařízení bývají izolovány od života ve společnosti. Ústavní péče je shledána jakožto diskriminující, jelikož možnost podpory uživatele a naplňování jeho potřeb je velmi omezená (MPSV, 2021). Matoušek (2011) vidí obecný problém ústavního zařízení pro lidi se zdravotním postižením v tom, že se personál ústavního zařízení více věnuje osobám, které vyžadují menší míru podpory a je jim dávana až mnohdy nadbytečná

péče, tedy přepečovávání. Na druhou stranu těm, kteří vyžadují větší míru podpory, není poskytována ani zdaleka taková podpora, která by byla potřebná. Někdy dokonce dostávají podporu jen při základních fyziologických potřebách.

Deinstitucionalizace se snaží o poskytování individuální podpory lidem v jejich přirozeném prostředí. Jejím cílem je zvýšení kvality života lidí se zdravotním postižením a umožnění jim žít život, který je srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Vznik a rozvoj nových sociálních služeb je primárně orientovaný na potřeby uživatelů sociálních služeb a jejich možnosti sociálního začleňování. Myšlenkou deinstitucionalizace je, aby uživatelé nadále nebyli vystavováni institucionálnímu způsobu užívání služeb (MPSV, 2013). Jde především o budování sociálních služeb jako je chráněné bydlení, osobní asistence nebo služby podpory samostatného bydlení. Ve filmu *Až vyletí z hnízda* a ve zprávě z projektu *Jednoty pro deinstitucionalizaci (JDI) a Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice (SPMP ČR, 2023)*, v jehož rámci film vznikl, je zmíněno, že 95 % rodičů preferuje komunitní sociální službu před službou ústavní pro osamostatňování svého dítěte.

Dle *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb (2007)* má transformace za cíl vytvořit koordinovanou síť služeb pro osoby se zdravotním postižením, které by jim umožnily žít život v komunitě. S tím je spojeno minimalizování využívání ústavní sociální péče, která lidi se zdravotním postižením segregovala od společnosti.

Transformace má vliv nejenom na život lidí využívajících služby, ale také na pracovníky. Pracovníci, kteří dříve pracovali v ústavní péči se nyní přizpůsobují a více individualizují svůj přístup k uživatelům služby (MPSV, 2007). Základními principy transformace jsou: humanizace, individualizace a služby v přirozeném prostředí člověka.

2.3 BYDLENÍ A ŽIVOT V KOMUNITĚ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Bydlením a životem v komunitě je myšleno bydlení v běžném společenském prostředí. Život v komunitě je v protikladu s životem v instituci. Lidé s mentálním postižením mají mít srovnatelné možnosti ubytování jako široká veřejnost (Šiška a kol., 2014). Pojmem

„komunita“ je myšleno běžné prostředí, které je přístupné všem stejným způsobem a je tvořeno lidmi, kteří žijí na stejném místě a mají mezi sebou různé sociální vazby (JDI, 2016). Lidé s mentálním postižením využívající komunitních služeb tráví v průměru více času zapojením do smysluplných aktivit než lidé v ústavních zařízeních (Šiška a kol., 2014).

Česká republika v roce 2006 byla součástí Valného shromáždění OSN a přijala text Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva), který byl ratifikován v ČR v roce 2009. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV) je Úmluva významná smlouva o lidských právech a základních svobodách. V článcích zaručuje lidem se zdravotním postižením princip rovnoprávnosti a možnost uplatnění všech lidských práv s podporou jejich aktivního zapojení do života ve společnosti. V Úmluvě nalezneme článek 19, který se zabývá nezávislým způsobem života a zapojení do společnosti. Lidé se zdravotním postižením mají mít podle Úmluvy možnost zvolit si místo pobytu, kde a s kým budou žít. Mají mít přístup ke všem druhům služeb. Komunitní služby mají být lidem se zdravotním postižením přístupné na rovnoprávném základě.

Na základě toho MPSV zveřejnilo Metodiky pro plánování sociálních služeb, které jsou metodickou pomůckou či vodítkem v oblasti plánování sociálních služeb. Tyto metodiky přinášejí „pouze“ doporučení, jak by plánování sociálních služeb mělo vypadat.

V České republice je nabízeno několik typů sociálních služeb spojených s bydlením. Mezi tyto služby patří chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem, týdenní stacionář a služba podpory samostatného bydlení. Poslední jmenovaná je službou terénní, zbylé tři pak pobytové. Z výše uvedeného se může zdát, že lidé se zdravotním postižením a jejich rodiny mají možnost velkého výběru. Úskalí však nespočívá v nedostatku různých typů pobytových sociálních služeb, ale v jejich kapacitách (Káňová, 2021).

Mezi tzv. komunitní služby bydlení řadíme takové bydlení, které se nachází v komunitě s možností zapojení uživatelů do kontaktu se společenským prostředím. Přesto je důležité podotknout, že žití lidí se zdravotním postižením v komunitě je pouze jedním z aspektů vyšší kvality života. Nejzásadnější vliv na život lidí s mentálním postižením má dle posledních výzkumných zjištění Káňové (2021) povaha podpory, která jim je poskytována. Jedním z hlavních kritérií pro komunitní služby bydlení je maximální počet uživatelů, kteří v jedné jednotce bydlení žijí. Počet jedinců v konkrétní pobytové službě

komunitního typu by neměl být větší než 6 (Šiška, Beadle-Brown, Káňová & Tøssebro, 2017). Sociálních služeb, které se dají označit za komunitní tímto kritériem, se nevyskytuje dostatečné množství a často se za komunitní bydlení v ČR berou domácnosti s 10 uživateli (Káňová, 2021).

Aby se uživatel stal plnohodnotným členem komunity, ve které žije, musí však dojít i k jeho aktivnímu zapojení. Je třeba, aby mu byla poskytována taková míra podpory, která mu umožňuje zapojování se do smysluplných vztahů a činností, které zároveň zlepšují a prohlubují jejich schopnosti a nezávislost (Káňová, 2021). Tento přístup je známý také jako aktivní podpora zaměřená na člověka (Bigby, Beadle-Brown, 2016).

Z výše uvedeného plyne, že některé sociální služby jsou sice registrované např. jako domov pro osoby se zdravotním postižením, přestože ještě v dohledné minulosti byla ta samá domácnost registrována jako chráněné bydlení. Přeregistrování sociální služby může mít mnoho důvodů. Jedním z nich je zhoršení stavu osob, které službu pobírají. Dalším neméně častým důvodem je důvod finanční (Káňová a kol., v tisku).

2.4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Chráněné bydlení (CHB) je dlouhodobá pobytová služba. Je určena pro osoby se zdravotním postižením, které mají sníženou soběstačnost a jejich životní situace vyžaduje pomoc třetí osoby (Černá a kol., 2015; Kaczor, 2015; Matoušek, 2011). Služba chráněného bydlení se může poskytovat formou individuálního či skupinového bydlení s potřebou podpory třetí osoby. Jak bylo zmíněno v kapitole 2.3, aby se služba stále dala brát jako služba komunitní, nemělo by být v jedné domácnosti více jak 6 uživatelů (Šiška, Beadle-Brown, Káňová & Tøssebro, 2017). Káňová (2021) ve výzkumných zjištěních poukazuje na to, že se v praxi za komunitní službu považuje počet až 10 uživatelů na jednu pobytovou službu. Dle SPMP ČR (2021) je hlavním cílem chráněného bydlení zapojení uživatelů do běžných činností, nejenom v rámci domácnosti, podle individuálních možností každého z uživatelů s přiměřenou mírou podpory.

V sociálních službách dochází k podpoře dospělých lidí s mentálním postižením, aby se více osamostatňovali a dokázali převzít větší kontrolu nad svým životem a zvládali běžné úkony spojené s chodem domácnosti. Dle SPMP ČR (2021) má osoba s mentálním postižením mít

možnost se co nejsvobodněji rozhodovat a zapojovat do náplně dne, s tím, že každý den by se měl co nejvíce podobat běžnému způsobu života.

Služba nabízí „*poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů*“ (Černá a kol., 2015, s. 182). Kaczor ve své publikaci (2015) rozšiřuje poskytované činnosti o pomoc při osobní hygieně. Je poskytována také pomoc s uplatňováním oprávněných zájmů a práv. V rámci přiměřené podpory od pracovníků uživatelé získávají nové dovednosti a zkušenosti, díky kterým se může snižovat míra podpory jednotlivých uživatelů (SPMP ČR, 2021). Uživatelé se ve službě učí samostatnosti, což může postupem času vést k takové samostatnosti klientů, že již nebudou potřebovat užívat tento typ sociální služby. Chráněné bydlení je poskytováno za úplatu, její maximální cena je limitována Vyhláškou č. 505/2006 Sb., Vyhláška k zákonu o sociálních službách.

3 KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V této kapitole je zaměřena pozornost na oblasti týkající se kvality života a kvality služeb poskytovaných lidem s mentálním postižením. Zájem o problematiku kvality života a kvalitu sociálních služeb v posledních letech stoupá, zejména v oblasti mentálního postižení.

Kvalitu nejde jednoznačně definovat, jelikož se neustále vyvíjí a podléhá společenským a politickým změnám. Kvalita je nazývána konstruktem, který souvisí nejen s osobními a společenskými normami, ale také s hodnotami, cíli a očekáváními (Merchel, 2010). V dalším textu se orientujeme především na kvalitu života lidí s mentálním postižením.

3.1 KVALITA ŽIVOTA SE ZAMĚŘENÍM NA LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Koncept kvality života se v průběhu let různě vyvíjel a je definován mnoha způsoby. V literatuře je například uváděno, že je kvalita života považována od „obecných požadavků na štěstí“ (Prescott-Allen, 2001) až po „pozitivní životní skutečnost“ (Campbell, 1976). V 80. a 90. letech 20. století se koncept kvality života primárně zaměřuje na oblast mentálního postižení (Schalock, 2007). Během 70. a 80. let 20. století se kvalita života definuje na základě zlepšení adaptivních dovedností nebo zvýšení skóre v testech inteligence (Campo, 1997).

Konceptualizace a měření kvality života je nejvíce zkoumáno v oblasti mentálního a vývojového postižení. Podle autorů Šiška & Beadle-Brown (2021) se kvalita života stala důležitou přinejmenším dvěma vzájemně propojenými způsoby. V 80. letech byla využívána zastánci deinstitutionalizace jako způsob měření jejího dopadu a k prokázání, že lidé s mentálním postižením se mají lépe v komunitním prostředí. V oblasti mentálního postižení je kvalita života identifikována jako „senzibilizující pojem“ a postupem času jako „integrační rámec pro poskytování služeb a hodnocení“ (Schalock & Verdugo, 2014). Je to vnímáno jako způsob, jak upozornit poskytovatele na potřebu podporovat lidi v komunitě spíše než v institucích, a také jako způsob propojování těchto změn v poskytování služeb s širšími společenskými změnami.

Felce a Perry (1995) popisují tři základní složky kvality života, které se vzájemně ovlivňují: objektivní životní podmínky v různých oblastech života, subjektivní pocity pohody v těchto oblastech a osobní hodnoty a aspirace týkající se těchto oblastí. Navrhují šest

domén kvality života a zdůrazňují, že každý prvek může být ovlivněn proměnnými, jako je věk a také sociálními, ekonomickými a politickými proměnnými.

Světová zdravotnická organizace (WHO) se zaměřuje na kvalitu života, která primárně souvisí se zdravím. Kvalitu života definuje jako „*individuální vnímání své pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (WHOQOL, 1995, s. 1405). Jedná se o komplexní pojem, který je ovlivněn zdravím člověka, jeho psychickým stavem, úrovní nezávislosti, sociálními vztahy, osobním přesvědčením a vztahem k hlavním rysům jeho prostředí. Definuje 5 životních dimenzí: materiální, fyzickou, emocionální a sociální blahobyť, produktivitu.

V 90. letech byl ve Skandinávii vyvinut přístup, který vznikl z principu „normalizace“, jenž navrhl Benk-Mikkelsen v 60. letech. Do mezinárodní agendy se dostalo Skandinávské hnutí za sociální ukazatele. Spíše než zaměření na subjektivní ukazatele, protože kvalita života je konceptualizována jako bytí, se pozornost soustředila na „objektivní životní podmínky“. Kontextovým předpokladem je, že v sociální politice je třeba vyvinout úsilí k vytvoření podmínek pro dobrý život všech občanů (Tøssebro, 2021). Z tohoto pohledu mají být lidé se zdravotním postižením považováni za občany s právem na životní podmínky podobné běžné populaci. To implikovalo nároky na určité standardy bydlení s prostorem, vybavením služeb, které napomáhají žít život, co nejpodobnější životu majority (Šiška & Beadle-Brown, 2021).

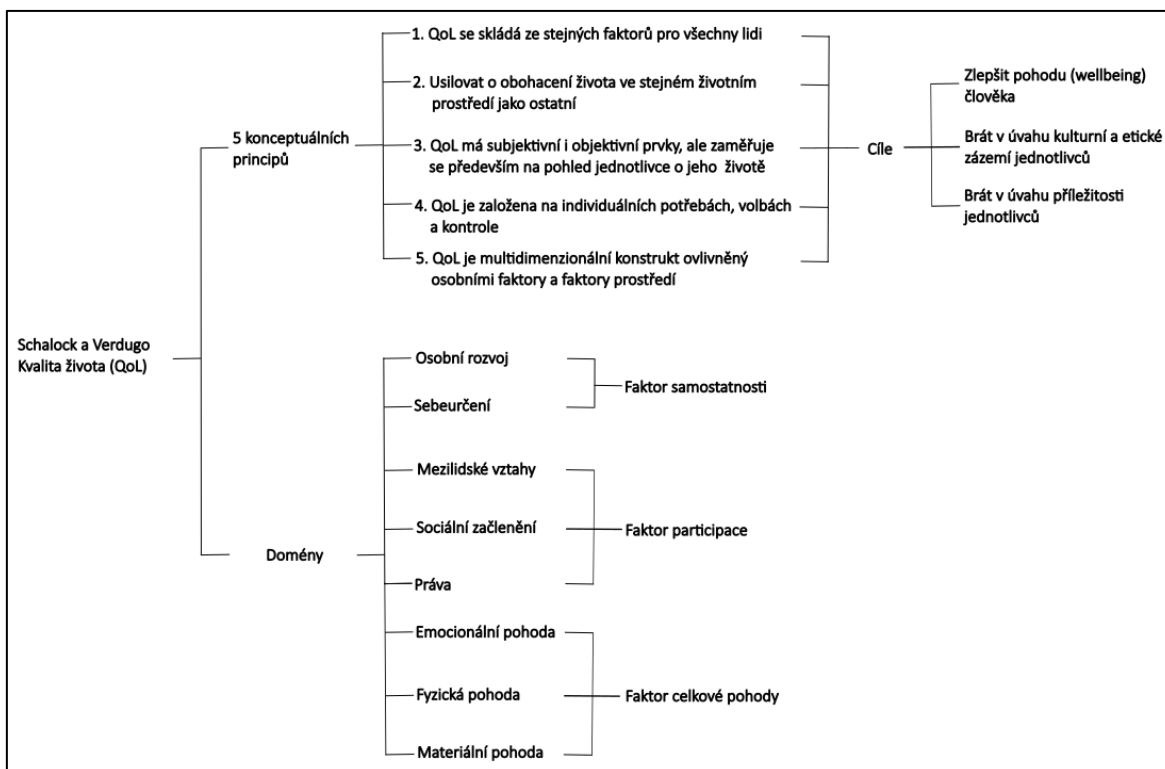
Schalock a Verdugo (2014) identifikují 5 konceptuálních principů kvality života:

1. Kvalita života se skládá ze stejných faktorů a vztahů pro všechny lidi.
2. Usilovat o obohacení života ve stejném životním prostředí jako ostatní.
3. Kvalita života má subjektivní i objektivní prvky, ale zaměřuje se především na pohled jednotlivce o jeho životě.
4. Kvalita života je založena na individuálních potřebách, volbách a kontrole.
5. Kvalita života je multidimenzionální konstrukt ovlivněný osobními faktory a faktory prostředí.

Schalock a Verdugo (2014) formulovali uvedené principy s tím, aby mohly být dále uplatňovány v praxi a mít dopad na kvalitu života lidí. Jejich implementace má za cíl zlepšit pohodu (wellbeing) člověka, má brát v úvahu kulturní a etnické zázemí jednotlivců, jejich příležitosti. Dále má kontrolu ve vztahu k činnostem, zásahům a prostředí a hraje významnou roli ve výzkumu a hodnocení faktorů, které předpovídají „kvalitní život“, a intervencí navržených tak, aby měly pozitivní účinky.

Základních 8 oblastí kvality života, které Schalock spolu s Verdugem (2009) definovali jsou: osobní rozvoj, sebeurčení, mezilidské vztahy, sociální začlenění, práva, emocionální pohoda, fyzická pohoda a materiální pohoda. Domény spadají pod 3 faktory: samostatnosti, participace a celkové pohody. Oblasti představují rozsah, na který se koncept kvality života vztahuje a definují tím vícerozměrnost kvalitního života. Více tyto oblasti / domény jsou rozebrány v kapitole 5.6.1. Zmíněnou konceptualizaci Schalocka a Verduga (2014; 2009) zobrazujeme ve schématu č. 1 pro čtenářovu lepší orientaci.

Schéma č. 1: Konceptualizace kvality života dle Shalocka a Verduga



Zdroj: Volně podle Schalock a Verdugo, 2014

Konceptualizace kvality života je ve shodě s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením. Oblasti kvality života mapuje mnoho článků z Úmluvy jakožto zastřešující

koncept – lidé mají mít stejný přístup ke stejným příležitostem a zkušenostem jako lidé bez postižení (Šiška & Beadle-Brown, 2021).

Mnoho z raných konceptualizací kvality života se primárně zaměřuje na to, co se nazývá „subjektivní“ prvky kvality života (Šiška & Beadle-Brown, 2021). Z toho důvodu se měření primárně soustředilo na emoční pohodu, štěstí, spokojenost atd. Rozvinula se debata o zvažování pouze subjektivních prvků kvality života a většího zaměření na objektivní životní podmínky.

Mnoho výzkumníků se shoduje v tom, že při měření kvality života je třeba brát v úvahu nejenom sociální ukazatele, ale také vnímanou pohodu. Na základě tohoto poukazují na subjektivní a objektivní ukazatele, které mají být brány jakožto dva vzájemně se doplňující aspekty, které je třeba měřit odděleně (Cummins, 1997). Existuje nízká korelace mezi subjektivním a objektivním hodnocením, proto se ve většině výzkumných šetření využívá forma kombinace sebehodnocení a přímo pozorovaných ukazatelů.

Kvalita života je v úzkém propojení s kvalitou sociálních služeb. Přístup, prostředí, ochota personálu a spousta dalších faktorů sociální služby a jejích pracovníků má velký vliv na žitou kvalitu života lidí s mentálním postižením. Z důvodu ovlivnění kvality života kvalitou sociální služby je třeba si v navazující podkapitole blíže představit aspekty kvality sociální služby.

3.2 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Jak již bylo zmíněno v kapitole 3.1, kvalita života lidí s mentálním postižením je ovlivňována také sociálními službami, které využívají. I podle Dragomerické (2013) ve shodě s Malík Holasovou (2014) je hlavním cílem sociálních služeb udržení či zvýšení kvality života uživatele.

Parasuraman, Zeithaml a Berry (1985) vymysleli SERVQUAL model, který je využíván pro zachycení a měření kvality služeb, které uživatelé zažívají. Dle SERVQUAL přístupu rozlišujeme 5 dimenzí kvality služeb:

1. Prostředí (tangibles), kam můžeme zařadit vzhled místa poskytování služby, vybavení prostoru, vzhled budovy či vystupování pracovníků.

2. Spolehlivost (reliability), která znamená schopnost poskytovatele naplnit slíbené služby dle očekávané úrovně (např. vypovídající schopnost poradenského rozhovoru).
3. Vstřícnost (responsiveness) neboli schopnost poskytovatele porozumět specifickým potřebám a přáním uživatele a umět je naplnit.
4. Způsobilost (assurance) představuje kompetence poskytovatele vytvářet požadované služby. Zahrnuje vědomosti, důvěryhodnost, zdvořilost aj.
5. Empatie (empathy) je schopnost vcítit se do pocitů a přání uživatelů (např. chování při krizových situacích, individuální přizpůsobení služby).

Jednotlivé dimenze ovlivňují hodnocení kvality služeb uživateli. Dle Matouška (2011) probíhá hodnocení dimenzí na základě odpovědí jedinců na otázky např. jak je služba uživatelem vnímána, ale také tím, s jakými očekáváními do ní uživatel vstoupil.

Pro popis kvality sociálních služeb je nezbytné definovat požadavky na kvalitu a určit si klíčové procesy v sociálních službách. Určitým popisem kvality sociálních služeb jsou české standardy kvality sociálních služeb. České standardy kvality se dělí na procedurální, personální a provozní.

Standardy, jejich kritéria a znaky (indikátory) popisují základní oblasti kvality sociálních služeb. Znaky kvality umožňují zhodnotit kvalitu v dané organizaci. Dělíme je na kvantitativní (měřitelné, objektivní) a kvalitativní (neměřitelné či obtížně měřitelné) (Čamský, 2008).

V sociálních vědách je obtížné neskloznot k poměřování kvality pouze kvantitativním měřením, pro které je jednodušší sesbírat potřebná data. Je důležité se ptát na subjektivní otázky související s naplňováním cílů sociálních služeb, jak je uvedeno výše.

V sociálních službách jsou nejdůležitějšími aspekty kvality její etická a normativní zaměření. Nejde pouze o efektivitu služby, ale především o to, aby se v ní klient cítil bezpečně a dobře. MPSV (2002) poukazuje na to, že účelem při zajištění kvalitních sociálních služeb je ochrana uživatelů služeb před nekvalitně poskytnutými sociálními službami. Jde především o ochranu před porušováním lidských práv uživatelů a zneužívání moci pracovníků sociálních služeb.

Možný parametr hodnocení kvality služeb je míra spokojenosti uživatele a jeho blízkého okolí, nebo četnost vyřešených problémů, které případně ve službě nastaly (Čevela, 2012). Valenta (2018) považuje za měřítka kvality sociálních služeb tyto zásady: ochranu práv uživatele sociální služby, individualizaci služby, odbornosti služby a zásadu provozního zabezpečení. Určení kvality v sociálních službách nezávisí pouze na uživateli, ale také na zadavateli služeb a poskytovatelích služeb. Podle Malík Holasové (2014, s. 23) je kvalita „stanovena ve střetu zákonem formulovaných cílů, individuálních očekávání a profesních cílů v aktuální společenské a odborné diskusi a v návaznosti na dostupné finanční zdroje“.

Stichler a Weiss (2001) poukazují na rozdílný pohled na kvalitu sociálních služeb mezi uživateli a pracovníky. Pracovníci často definují kvalitu pomocí daných standardů kvality sociálních služeb, kdežto uživatelé popisují interpersonální aspekty péče a schopnost pracovníků reagovat na potřeby uživatelů. Podle Šišky a kol. (2021) by se vývoj hodnocení kvality sociálních služeb měl začít zaměřovat na systematickou identifikaci podobností a rozdílů ve vnímání kvality péče mezi zainteresovanými stranami. Z jejich výzkumného šetření vyplývá shoda v nejdůležitějších oblastech, týkající se kvality sociálních služeb. Mezi tyto oblasti spadá subjektivní kvalita života uživatelů služeb, lidská práva a zaměření na kvalitu vztahů mezi uživateli a pracovníky sociální služby.

Při měření kvality sociálních služeb dochází k obtížím spojenými s různými pohledy a úsudky zainteresovaných stran na kvalitu. Tyto obtíže jsou rovněž spojovány s vnějšími faktory, kterými jsou sociální, kulturní prostředí. To vše je doprovázeno historickým vývojem sociální služby (Šiška a kol., 2021). Je důležité kombinovat subjektivní měřítka, která se zaměřují na uživatele, co je pro ně důležité, jakým způsobem vnímají službu a mají možnost v ní žít svůj život, s objektivním pohledem, který zajišťuje stejnou míru naplňování základních potřeb a rovnost práv a příležitostí lidí s postižením jako lidí bez postižení (Kohout a kol., 2022). Vyvážení pohledů zainteresovaných stran je zásadní pro možnost správného posouzení kvality sociálních služeb. Subjektivní spokojenost je však ovlivněna potřebami a očekáváním jednotlivých uživatelů. Podle Malley a Fernández (2010), ve volném překladu, při komplexním posuzování kvality sociálních služeb v praxi se musí brát v potaz nejenom to, co se děje uvnitř služby nebo organizace (tj. kvalita služby), ale také dopad služby na životy uživatelů (tj. kvalitu života).

4 SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK

V této kapitole shrnujeme nejzákladnější a nejdůležitější teoretická východiska, kterým je třeba porozumět a znát jejich problematiku při výzkumném šetření.

Osoba s mentálním postižením je osoba, která může mít různé omezení kognitivního rozvoje, komunikačních schopností a omezení v sociálních a praktických dovednostech. Projevuje se u ní nižší nebo snížená úroveň adaptačního chování, osvojování si vědomostí, dovedností a návyků, než jak to bývá charakteristické v majoritní společnosti.

Lidé s mentálním postižením mohou využívat různé druhy sociálních služeb, které mají za cíl zlepšení a zvýšení kvality života uživatele služby se snahou, co možná největšího začlenění do společnosti. Bakalářská práce se zaměřuje na lidi s mentálním postižením žijících ve vybraném chráněném bydlení, což je pobytová sociální služba, která vznikla následkem snahy transformace institucionalizované péče. Během deinstitutionalizace dochází k rušení ústavních zařízení a přesunu většiny uživatelů do menších sociálních služeb komunitního typu.

Na kvalitu života se dá nahlížet několika způsoby, které se v průběhu minulého století postupně vyvíjely. Ve výzkumném šetření využíváme a přikláníme se k teorii kvality života od Schalocka a Verduga (2009), kteří ji popsali pomocí 8 oblastí: osobní rozvoj, sebeurčení, mezilidské vztahy, sociální začlenění, práva, emocionální pohoda, fyzická pohoda a materiální pohoda. Na kvalitu života můžeme nahlížet z pohledu uživatele sociální služby (subjektivního pohledu) či z pohledu pracovníka sociální služby, rodiče, blízkých (objektivního pohledu).

V práci využíváme zmíněnou terminologii subjektivní pohled (pohled uživatele) a objektivní pohled (pohled pracovníka). U pojmu subjektivní vnímáme zaměření na pohled daného člověka, jak on vnímá svůj život, jak on to prožívá. Objektivní pohled se zde může zdát nerelevantní, a to z důvodu, proč by měl být pohled jiné osoby na život prožívaný někým jiným jako ten „správný“ a více vypovídající. V předkládané práci je k termínu objektivní stavěno jako k pohledu odosobněnému a nestrannému, jak se žitá realita jiné osoby jeví zvenku.

Kvalita života je v úzkém propojení s kvalitou sociální služby, kterou uživatel využívá. Sociální služby a jejich kvalita se dají zjišťovat několika způsoby podle různých parametrů.

Standardy kvality sociálních služeb se zaměřují především na materiální vybavení, přístupnost či personální obsazení. Uživatelé a jejich nejbližší okolí kvalitu služby hodnotí spíše podle splnění očekávání, cílů služby, příjemným a podporujícím personálem. Od spokojenosti se sociální službou a její přiměřenou individuální podporou se odvíjí kvalita života uživatelů sociální služby.

Sociální služba a její pracovníci mají velký vliv na kvalitu života uživatelů. Mohou ji ovlivňovat svým přístupem, prostředím, ochotou. Měli bychom brát na vědomí, že kvalitu života neovlivňuje pouze materiální vybavení sociální služby. Mnohdy přístup služby a pracovníků může lidi s mentálním postižením ovlivňovat mnohem větší mírou.

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole je věnován prostor pro představení metodologie výzkumného šetření. Seznamujeme s výzkumným problémem a hlavním výzkumným cílem, z něhož byly vyvozeny dílčí výzkumné cíle. Vzhledem k stanoveným cílům práce je představena v následující kapitole výzkumná strategie, která byla využita ve výzkumném šetření společně s výzkumnými metodami.

5.1 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A VÝZKUMNÝ DESIGN

Ve společenskovědním výzkumu je možné se setkat s dvěmi základními strategiemi, kterými jsou kvalitativní a kvantitativní přístup. Každý přístup nahlíží na problém a skutečnost jiným způsobem (Hendl, 2005). Na základě stanoveného výzkumného problému, cílů a dílčích oblastí práce jsme k provedení výzkumu využili kvantitativní i kvalitativní výzkumnou strategii. V práci byl využíván smíšený výzkum, ve kterém byly kombinovány prvky kvantitativních a kvalitativních metod. Kombinace obou přístupů napomáhá k ucelenému a hloubkovému výzkumnému šetření, které využívá silné stránky z obou z přístupů (Švaříček & Šedřová, 2007).

Kvalitativní přístup se prezentuje slovem a textem, což může být hlavním rozlišením výzkumných strategií. Rozhovor umožňuje výzkumníkovi získat ucelené a detailní informace. Zkoumá určitý jev, s co největším množstvím informací o něm. Je důležité definovat výzkumné okruhy, otázky a stanovit metody sběru dat a jejich analýzy. Kvalitativní výzkumné šetření napomáhá především porozumět lidem a událostem, které se staly v jejich životě (Švaříček & Šedřová, 2007; Hendl, 2005). V kvalitativní části výzkumného šetření bylo cílem interpretovat životní příběhy vybrané skupiny lidí s mentálním postižením, ve kterých bylo snahou identifikovat jejich životní dráhy. Byl kladen důraz na tzv. fenomenologické zkoumání, jehož smyslem bylo nahlédnutí a porozumění subjektivnímu prožívání respondentů. Zkoumání bylo zaměřeno na důležitost subjektivního vnímání uživatelů služby. Bylo orientováno na nahlížení respondentů na jejich situaci z jejich pohledů, na jejich pocity a prožitky. Rozhovory byly prováděny v bezpečném prostředí, ve kterém se respondenti cítili dobře a sami si ho vybrali. V kvantitativní části výzkumného šetření předpokládáme, že je možné

do určité míry měřit a předpovídat lidské chování. Přístup využívá „náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování“ (Hendl, 2005, s. 46). V kvantitativním přístupu se klade důraz na pravdivost získaných dat. Získaná data se analyzují statistickými metodami. Ve výzkumném šetření byl využit kvantitativní přístup v podobě dotazníku.

5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor bakalářské práce se skládal ze dvou skupin respondentů. První skupinu respondentů tvořilo 5 uživatelů vybraného chráněného bydlení v Plzeňském kraji. Věkové rozmezí uživatelů chráněného bydlení, zobrazené v tabulce č. 1, se pohybovalo mezi 40–60 lety. Věkový průměr uživatelů chráněného bydlení byl 49,8. Druhou skupinou respondentů byli pracovníci služby chráněného bydlení v roli klíčových pracovníků. Metodou záměrného výběru byli vybráni 2 klíčoví pracovníci služby chráněného bydlení, kteří byli s uživateli služby v úzkém kontaktu. Z rozhovorů s uživateli byla získána data do dotazníkového šetření Škály osobních výsledků (Personal Outcomes Scale; POS) vedeného formou rozhovoru a také do sestavení jejich životních příběhů. Klíčoví pracovníci v rámci rozhovorů sdělovali objektivní pohled na oblasti výzkumného šetření. Respondenti souhlasili s vedením rozhovorů i jejich nahráváním, rovněž souhlasili s účastí na výzkumném šetření s vědomím toho, že kdykoli mohli z výzkumného šetření odstoupit.

Tabulka č. 1: Věkový průměr uživatelů chráněného bydlení

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Věkový průměr respondentů
Věk	40	41	55	60	53	49,8

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

5.3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Konceptualizace a operacionalizace výzkumného problému a cílů práce byla klíčovou aktivitou ve výzkumném šetření. Je znázorněna prostřednictvím níže uvedeného

schématu č. 1. Správná konceptualizace spolurozhoduje o zaměření výzkumného šetření. Díky operacionalizaci výzkumník volí, jaké metody a prostředky jsou využity pro sběr a analýzu dat, jaký výzkumný soubor je zkoumán (Buriánek, 1994).

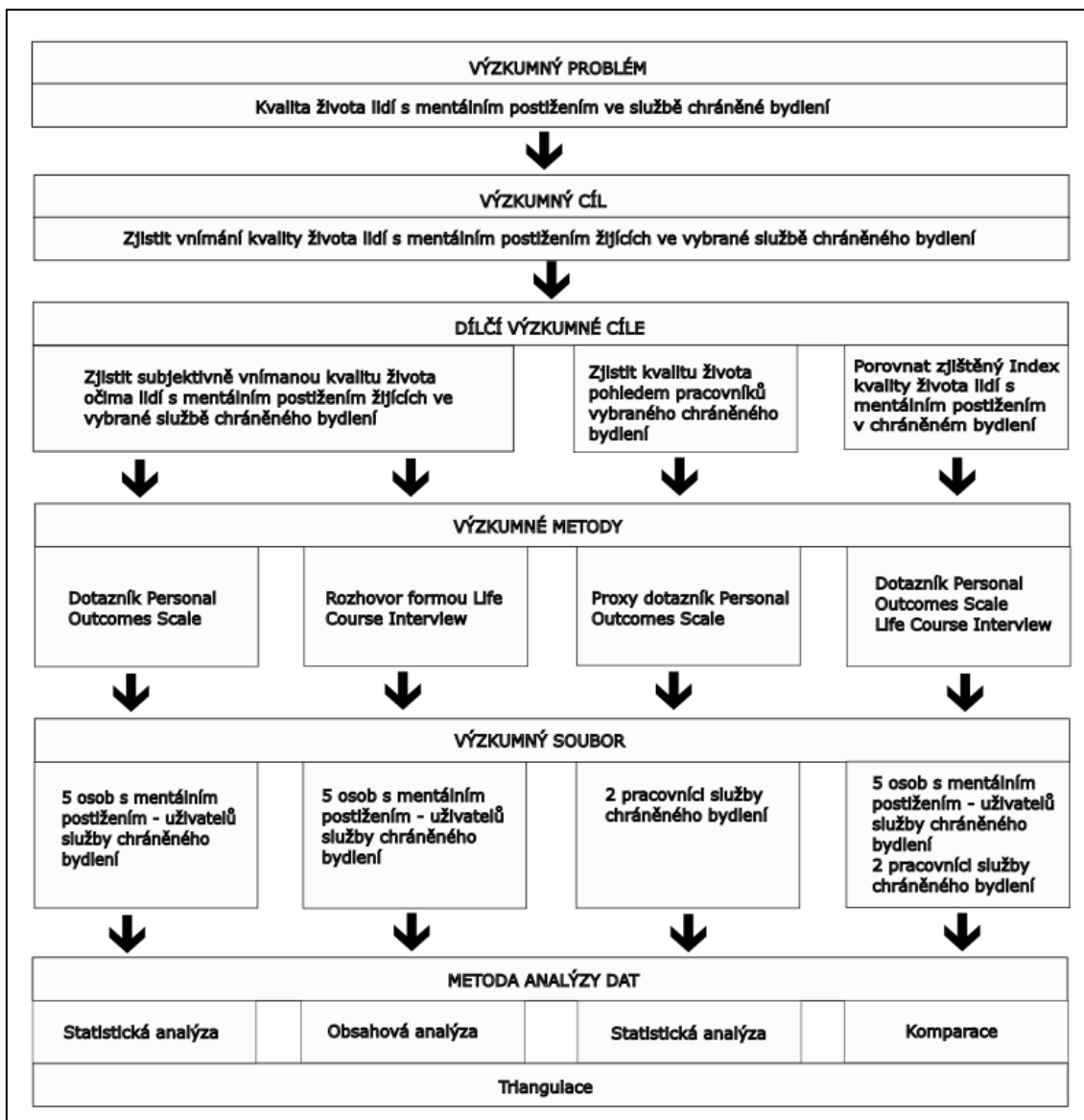
Výzkumným problémem práce byl *„kvalita života lidí s mentálním postižením ve službě chráněné bydlení“*. Hlavním výzkumným cílem bylo *„zjistit vnímání kvality života lidí s mentálním postižením žijících ve vybrané službě chráněného bydlení“*. Z hlavního výzkumného cíle byly stanoveny tři dílčí výzkumné oblasti, kterými jsme se ve výzkumném šetření zabývali, jež je znázorněno níže schématem č. 2. Výzkumnou oblastí č. 1 bylo *„zjistit subjektivně vnímanou kvalitu života očima lidí s mentálním postižením žijících ve vybrané službě chráněného bydlení“*, oblastí č. 2 *„zjistit kvalitu života pohledem pracovníků vybraného chráněného bydlení“* a dílčí výzkumnou oblastí č. 3 *„porovnat zjištěný Index kvality života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení“*. Vzhledem k dílčím cílům práce byl výzkumný problém zkoumán z pohledů lidí s mentálním postižením a pracovníků vybraného chráněného bydlení.

Symbolickým cílem práce bylo *„poukázat na důležitost subjektivního pohledu lidí s mentálním postižením ve vybrané domácnosti chráněného bydlení“*. Z výzkumného šetření byla vypracována doporučení, která z něj vychází a poukazují na důležitost subjektivního pohledu.

Výzkumná oblast č. 1 byla zjišťována pomocí dvou výzkumných metod, dotazníkové Škály osobních výsledků (POS) vedeného formou rozhovoru a polostrukturovaných rozhovorů formou životních příběhů (LCI) z pohledů 5 uživatelů služby chráněného bydlení. Dotazníková proxy Škála osobních výsledků (POS) byla během rozhovoru vyplňována se 2 pracovníky služby chráněného bydlení, kterou jsme zjišťovali výsledky pro výzkumnou oblast č. 2. Poslední dílčí oblast využívala a porovnávala všechny již zmíněné výzkumné metody. Výsledná zjištění ze Škály osobních výsledků podléhaly statistické analýze dat a zjištění z rozhovorů formou životních příběhů se analyzovaly obsahovou analýzou. Probíhala komparace všech zjištěných výsledků z dotazníku POS formou rozhovoru a rozhovorů formou LCI. Právě to nám umožňovala provést tzv. triangulace dat, prostřednictvím které byla snaha o zvýšení validity získaných dat. Validita je zvyšována při zkoumání stejné věci z více stran a úhlů pohledů (Hendl, 2005). V námi předkládaném šetření bylo usilováno o zvýšení validity dat skrze diverzifikovaný výzkumný soubor a skrze

tzv. metodologickou triangulaci. Pro přehlednější zobrazení dílčích výzkumných oblastí, využívaných výzkumných metod a výzkumných vzorků, přikládáme níže schéma č. 2.

Schéma č. 2: Konceptualizace výzkumného problému a cílů práce



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

Pro účely této práce byla východiskem pro zkoumání perspektiv kvality života lidí s mentálním postižením tzv. Škála osobních výsledků (Personal Outcomes Scale, zkráceně POS), předkládaná formou rozhovoru, vyvinutá Schalockem a Verdugem (2014). Škála POS zjišťuje index kvality života lidí s mentálním postižením z jejich pohledu či z pohledu objektivního. Autoři stanovili 8 domén kvality života, které byly v práci využívány jako analytické nástroje pro zkoumání a vyhodnocení indexu kvality života lidí s mentálním

postižením. Domény jsou detailněji probrány v kapitole 5.6.1. Na kvalitu života z pohledu uživatelů chráněného bydlení bylo nahlíženo také formou životních příběhů. Metoda životních příběhů lidí s mentálním postižením pro jejich interpretaci využívá 5 operačních domén, které jsou blíže probrány v kapitole 5.7.

5.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A ROLE VÝZKUMNÍKA

Respondenti účastníci se výzkumného šetření byli před vedením rozhovorů informováni o průběhu šetření, rovněž i s tím, za jakým účelem bylo realizováno. Respondenti byli srozuměni s uvedenými informacemi v informovaném souhlasu (viz. příloha č. 1 a 2), který všichni akceptovali. Pro uživatele sociální služby byl informovaný souhlas sepsán ve formě Easy to Read (snadné čtení), kde byl text zaznamenán jednoduchou formou a doplněn obrázky. Byli obeznámeni o možnosti zdržení se odpovědi na otázky, ukončení rozhovoru či vystoupení z výzkumného šetření. Respondenti byli informováni o anonymizaci dat. Autorka práce – výzkumnice zaujímala vzhledem ke klíčovým pracovníkům roli praktikantky. Do služby chráněné bydlení docházela na praxi a nadále s nimi udržuje pravidelný kontakt.

5.5 PROSTŘEDÍ SBĚRU DAT

Výzkumné šetření bylo provedeno ve vybrané domácnosti chráněného bydlení v Plzeňském kraji s využitím 2 výzkumných metod – strukturovaného dotazníku předkládaný formou rozhovoru a s pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti žili ve dvoupatrovém domě se zahradou. V chráněném bydlení žilo 5 uživatelů a pracovalo zde 6 pracovníků v sociálních službách. Rozhovory s uživateli a klíčovými pracovníky probíhaly na místě dle individuálního výběru respondenta. Jednotlivé rozhovory probíhaly u uživatelů v pokojích, obývacím pokoji a na zahradě, kde se cítili uživatelé v bezpečí. Klíčoví pracovníci poskytovali rozhovory v obývacím pokoji, kuchyni či pracovně umístěné v chráněném bydlení.

5.6 VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT

Pro sběr dat ve výzkumném šetření byly zvoleny metody dotazníkového šetření formou rozhovoru a polostrukturovaného rozhovoru. V rámci rozhovoru byly využívány předem sestavené okruhy otázek, které byly zakomponovány do rozhovoru.

5.6.1 ŠKÁLA OSOBNÍCH VÝSLEDKŮ – PERSONAL OUTCOMES SCALE

V první fázi výzkumného šetření bylo provedeno dotazníkové šetření za účelem vyplnění dotazníkové škály POS formou rozhovoru. Dotazníkové šetření umožňuje získání velkého množství dat s malou časovou náročností i na rozsáhlejších výzkumném souboru (Gavora, 2000).

Dotazníkové šetření je podle Gavory (2000) dotazování pomocí písemně kladených otázek, na které se získává písemná odpověď. Struktura a pořadí otázek v dotazníku je pečlivě promyšlena. Podle Chrásky (2016, s. 159) se někdy dotazníku také říká dotazování, „*kteřé může mít dvě základní formy: interview a dotazník*“. Podle formy požadované odpovědi se dotazníky dělí na otevřené (nestrukturované) a uzavřené (strukturované) otázky. V případě našeho dotazníkového šetření se využívaly otázky uzavřené. Respondent se vždy přikláněl k jedné ze tří možností Likertovi hodnotící škály. Vzhledem k přístupnosti a většímu porozumění otázkám, které byly v dotazníku POS kladeny, bylo vyplňování dotazníku doprovázeno rozhovorem s respondenty nad jednotlivými otázkami. Sběr dat do dotazníkového šetření má probíhat v rámci rozhovoru s respondenty, dle manuálu od autora van Loona (2013).

POS je škála využívaná k měření kvality života lidí s mentálním postižením. Jak již bylo zmíněno v kapitole 5.3 skládá se z osmi domén, které korespondují s osmi Schalockovými (2013) doménami kvality života: osobní rozvoj, sebeurčení, mezilidské vztahy, sociální začlenění, práva, emoční pohoda, fyzická pohoda, materiální pohoda. Domény poukazují na stupeň samostatnosti (osobní rozvoj, sebeurčení), sociální participace (mezilidské vztahy, sociální začlenění, práva) a celkové pohody (emoční pohoda, fyzická pohoda a materiální pohoda).

POS se skládá z celkem 42 otázek, přičemž každá doména má 6 otázek. Je hodnocena tříbodovou Likertovou škálou pro všechny otázky: 3=vždy (možnost vlevo), 2=někdy

(možnost prostřední) a 1=nikdy (možnost vpravo). Za každou doménu je možné získat 6 až 18 bodů ve skóre. Rozhovor je vedený tazatelem kdy respondent musí postupně odpovědět na všechny otázky v POS. Na základě odpovědí v rozhovoru se určuje skóre. Je důležité, aby si byl respondent vědom, že zde není žádná špatná a správná odpověď a má odpovídat tak, jak věci cítí (van Loon, 2009).

Jednotlivé domény se vyhodnocují pomocí spojení do třech tzv. faktorů. Pod faktor samostatnosti spadají dvě domény: osobní rozvoj a sebeurčení. V druhém faktoru participace jsou zahrnuty domény mezilidské vztahy, sociální začlenění a doména práva. Poslední faktor je faktor celkové pohody, který zahrnuje emocionální pohodu, fyzickou pohodu a materiální pohodu. Při závěrečném vyhodnocení sečteme jednotlivé domény či faktory, čímž získáme index kvality života lidí s mentálním postižením (van Loon, 2009).

V rámci faktoru samostatnosti v doménách zjišťujeme, např. jak je uživatel sociální služby samostatný. Samostatnou činnost zjišťujeme pomocí otázek typu „Zvládá se uživatel sám obléknout?“, „Napomáhá uživatel při úklidu domácnosti a pokud ano s jakou dopomocí?“. Dále se v této oblasti dozvídáme něco více o možnostech rozhodování uživatele a respektu k jeho volbám, např. „Může si uživatel sám vybrat, jaké jídlo si chce dát?“. S tím se také pojí zájem o poznání mezilidských vztahů uživatele, zda má partnerské vztahy, blízké kamarádské vztahy, jestli vychází dobře se svou rodinou a jak často se případně scházejí.

Faktor participace se zabývá pohledem uživatele na jeho zapojování do sousedských vztahů a do života v komunitě. Vyskytuje se tu otázka práv a sociální participace, která zjišťuje aktivní účast na volbách. Jsou zde zmíněné otázky týkající se možnosti uživatele mít partnera nebo domácího mazlíčka v domácnosti.

Poslední faktor, faktor celkové pohody, zahrnuje emocionální, fyzickou a materiální pohodu. Otázky jsou zaměřeny na pocity uživatele v sociální službě, zda se v ní cítí bezpečný, bere jí jako svůj domov či nikoli. Pokládá se také otázka, zda důvěřuje pracovníkům v sociální službě a případně, zda projevuje lidem kolem sebe své emoce a lásku. Hlavní otázkou je, zda se ve službě cítí šťastný a definoval by sám sebe jako veselou osobu. V další části je věnován prostor obecnému fyzickému zdraví, jestli má uživatel často nějaké bolesti, žije aktivní život, jí vyváženou stravu či nikoli. Ve skoro samém závěru rozhovoru se zjišťovalo materiální zajištění uživatelů sociální služby. Jsou zde pokládány otázky typu: „Máte dostatek peněz, abyste si koupili, co potřebujete?“ a „Máte dostatek

peněz, abyste si koupili, co se vám líbí?“, dle mého názoru je třeba se na tyto dvě otázky dívat jiným způsobem a je hlavní zajištění věcí, které uživatel ve službě doopravdy potřebuje ke svému žití v ní. V této oblasti je zjišťováno, zda mají uživatelé placenou práci a zda vlastní a mají u sebe klíče od domu, ve kterém žijí, či nikoli.

POS je modifikovaná do dvou forem, první formou je subjektivní hodnocení, kdy uživatel služby sám odpovídá na otázky v rámci rozhovoru. Druhá forma je objektivním hodnocením uživatele služby osobou, která měla možnost být s uživatelem v pravidelném kontaktu alespoň 3–6 měsíců, jedná se tedy o proxy formu dotazníkového šetření. Objektivní dotazníkové šetření může být prováděno pomocí rozhovoru např. s rodičem, pracovníkem služby, učitelem.

Tazatel vedoucí rozhovory s respondenty by si měl uvědomovat důležitost konceptu kvality života a být s tímto konceptem seznámen. Během vedeného rozhovoru s respondentem by do něj neměli zasahovat další osoby a nemělo by docházet ke snahám ovlivnění odpovědí respondentů (van Loon, 2013).

POS je přístupná i pro lidi s těžším zdravotním postižením díky využití augmentativní a alternativní formy komunikace v průběhu rozhovoru. Je možné modifikovat otázky pomocí obrázků a piktogramů do jednodušších forem či je možné je využívat k doptávání a zvýšení možnosti porozumění (van Loon, 2013).

Sběr dat pomocí dotazníkového šetření byl proveden s uživateli i s pracovníky služby chráněného bydlení. Ve druhém zmíněném případě se jednalo tedy o proxy formu dotazníkového šetření. Cílem proxy formy bylo porovnání subjektivního pohledu (uživatele služby) a objektivního pohledu (pracovníka služby). V rozhovoru byly zodpovězeny všechny otázky, které vychází z Personal Outcomes Scales (Van Loon, 2013).

Vyhodnocování výsledků sběru dat z výzkumného dotazníkového šetření probíhalo pomocí programu SPSS, IBM Statistic SPSS, verze 25. Výsledné skóre jednotlivých domén u všech respondentů zvlášť bylo vzájemně porovnáno mezi sebou a s pohledem objektivním (tedy pohledem pracovníků). Výchozí hodnoty byly následně podrobeny analýze a byla vyhodnocena střední hodnota u každé domény. Zjištěné střední hodnoty v této studii byly

porovnány se středními hodnotami z jiných studií, s vědomím omezení spočívajícím ve velikosti vzorků jednotlivých výzkumných studií.

5.6.2 TEORIE ŽIVOTNÍCH DRAH – LIFE COURSE APPROACH

Teorie životních drah (LCI) se využívá k tvorbě a studiu životních příběhů. Na konci 20. století se začala vyvíjet teorie životního běhu. Teorie byla využívána převážně sociology, psychology a historiky. Anne Colby (1998) přisuzuje této teorii velký dopad na sociální vědní odvětví, s tím, že nejen podle ní, ale také podle Elder (2003) je tento přístup jedním z největších výtobytků společenských věd 2. poloviny 20. století.

Vývoj teorie životních drah využíval poznatky z teorie rolí a konceptů životního cyklu a generací, výzkumu stárnutí a z vývojové psychologie. Později tento přístup obohatil teorie nazpět. V České republice teorii životní dráhy zkoumají nejenom andragogové od 80. let 20. století (Millová, 2020).

Teorie životní dráhy využívá 5 principů k lepšímu popsání života člověka. První princip je celoživotní rozvoj a myslí se jím, že lidský vývoj a stárnutí jsou celoživotní procesy. Pod druhým principem, principem agentury, si čtenář může představit, že si jedinci pomocí svých rozhodnutí a akcí vytváří své vlastní životní cesty. Jedinci udávají svůj směr, kterým jdou v souladu s příležitostmi a omezeními historických a společenských okolností. V třetím principu se klade důraz na čas a místo, tedy zakotvení životního příběhu jednotlivce do konkrétních časových úseků a míst. Na to navazuje princip načasování, kdy se jednání při událostech liší na základě získaných zkušeností a načasování. Pátým principem je princip propojených životů, který se zaměřuje na vzájemné ovlivňování života jednotlivců jeho blízkým okolím a na vliv životních oblastí např. pracovní a partnerské u jednotlivce na jeho život (Elder, 2003).

Millová (2020) dodává, že podle teorie životního příběhu je život každé osoby zakotven ve společenském a historickém prostředí, kterými je osoba ovlivňována při rozhodování, průběhu trajektorií a prožívání přechodových období. Na osobu mohou mít vliv normy, zvyky či očekávání společnosti.

Životní příběh jednotlivých uživatelů sociální služby byl zjišťován pomocí polostrukturovaného rozhovoru (viz. příloha č. 3). Polostrukturovaný rozhovor se, nejen

dle Švaříčka a Šedové (2007), využívá při případových studiích. Z toho důvodu metoda polostrukturovaného rozhovoru představovala pro výzkumné šetření práce, dle našeho pohledu, nejvýhodněji zvolenou metodu s ohledem na výzkumný cíl práce. Respondenti měli větší volnost ve svých výpovědích a mohli otevřeně hovořit o tématu. Výzkumník se díky této metodě nemusel striktně držet struktury a pořadí otázek. V rámci rozhovoru měli respondenti prostor na sdělování svých příběhů dle svého mínění a možnost zdůrazňovat situace, věci, které právě oni sami považovali za důležité.

Cílem hloubkových polostrukturovaných rozhovorů formou životních příběhů (LCI) je:

- zjistit subjektivní pohled uživatelů na kvalitu jejich životů,
- zjistit subjektivní realitu životů lidí s mentálním postižením,
- objevit životní zkušenosti, prožívání identity osoby s mentálním postižením,
- zmapovat jejich životní běh,
- poskytnout informace o osobním pozadí dotazovaných a kontextu jejich života.

V příloze č. 3 je představena struktura základních otázek pro polostrukturovaný rozhovor formou životních příběhů. Pokud odpovědi na otázky nevyplývaly z respondentova vyprávění, byl dotázán na konci rozhovoru s tím, že není nucen k odpovědím.

Všechny rozhovory probíhaly na půdě chráněného bydlení v místě vybraném respondenty a byl veden v přátelském duchu. Respondenti souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon pro jejich bezproblémovou interpretaci.

V rámci výzkumného šetření byla strategie přizpůsobena schopnostem verbálního vyjadřování respondentů. Byla využívána metoda Easy to Read (snadné čtení), kdy jsme se pomocí obrázků doptávali respondentů a umožňovali jim lépe porozumět otázkám. Komunikace pomocí obrázků byla pro respondenty příjemnější a zajišťovala jim větší jistotu během celého rozhovoru. Součástí výzkumného šetření byly polostrukturované rozhovory jejichž cílem bylo zmapovat životní dráhu uživatelů sociální služby. Do rozhovorů bylo zahrnuto několik oblastí, které byly konkrétně rozepsány v příloze č. 3.

Během rozhovoru byla snaha o získání komplexního obrázku o životě respondenta, proto byly zvoleny otevřené otázky, které poskytovaly respondentovi prostor pro vyjádření toho, co je pro něj nejdůležitější. Oblast základní biografické údaje respondenta byla

zodpovězena v průběhu rozhovoru na základě respondentovi vlastní iniciativy. Respondenti sdíleli informace o jejich sociálním zabezpečení, zda pobírají invalidní důchod či jiné sociální dávky.

Respondenti podávali informace o svém dosaženém vzdělání, zda navštěvovali a plnili povinnou školní docházku či byli zproštěni povinnosti plnění školní docházky. Nastiňovali svojí bytovou situaci, s kým, kde a jak bydleli, co bylo příčinou případných stěhování. Respondenti se věnovali tématu zapojování se do komunitního života, do společenských aktivit. Uváděli, jakým aktivitám se rádi věnují a jakým způsobem tráví svůj volný čas.

Zjišťovali jsme zájem respondentů o politické dění ve společnosti a jejich individuální participaci v tomto ohledu. V okruhu směřujícím ke kolektivní participaci byly pokládány otázky ohledně účasti na životě v komunitě.

V závěru rozhovoru jsme se respondentů doptávali na jejich plány do budoucna, jaké sny a přání by si chtěli splnit a čeho by chtěli dosáhnout.

5.7 ZPŮSOBY ANALÝZY DAT

Rozhovory s respondenty byly přepsány, pomocí programu MegaWord. Získaná data z přepsaných a vyčištěných rozhovorů byla zpracována technikou otevřeného kódování v programu MaxQDA. Části rozhovorů, segmenty, byly zakódovány jednotlivými kódy pomocí otevřeného kódování. Vytvořené kódy, které nejlépe vystihují daný segment, byly přiřazeny k doménám životního příběhu. Kódy byly následně seskupeny a prezentovány metodou životního příběhu jednotlivých uživatelů chráněného bydlení. V práci docházelo k porovnání kódů a jejich opětovného výskytu mezi jednotlivými respondenty.

Výsledná data z dotazníkového šetření Personal Outcomes Scale vedeného formou rozhovoru byla vyhodnocována pomocí analýz v programu SPSS, IBM statistic SPSS, verze 25. Získaná data byla prezentována pomocí tabulek spolu se slovním rozborem a komparací. Získaná data z dotazníkové škály a z rozhovorů k životním příběhům byla na závěr podrobena triangulací dat.

Při analýze rozhovoru bylo stanoveno pět operačních domén využívaných, jakožto analytické nástroje, v biografickém výzkumném šetření. Východiskem při vytvoření výzkumných domén nám byly výzkumné postupy autorů Priestleyho (2003) Šišky, Latimier

& Káňové (2012). Ve výzkumném šetření, v souladu se zásadami biografického výzkumného designu, byly využívány tyto operační domény: trajektorie (trajectories), životní cesty (pathways), zlomové okamžiky (turning points), zdroje a kapitál (resources and capital), přechodová období (transitions).

Pod doménou *trajektorie (trajectories)* zjišťujeme, jakým směrem se život respondenta ubírá (Elder, 2003). Trajektorie jsou záležitostí konkrétního respondenta, které mohou být ovlivněny různými způsoby. Jedná se o ovlivnění lidmi kolem respondenta (jedinci i skupinami), vývojem socioekonomické situace v daném časovém období. Jedinec trajektoriemi utváří životní dráhu, která zahrnuje zdravotní stav, rodinné zázemí, zaměstnání atd. *Životní cesty (pathways)* jsou, na rozdíl od trajektorií, atributem celé společnosti. Jsou spojovány se společenským systémem a s uspořádáním a fungováním institucí, příležitostmi, výzvami či naopak bariérami kladenými jednotlivcům v rámci celé společnosti (Elder, 2003). Doména *zlomové okamžiky (turning points)* je důležitým milníkem, klíčovou zlomovou událostí a významnou změnou v životním běhu jedince (Elder, 2003). *Zdroji a kapitálem (resources and capital)* jsou myšleny lidské a materiální zdroje, které jedinec na své cestě využívá. V této doméně nalzáme důležité osoby, které ovlivnili život jedince např. podpora rodiny a přátel, důležitý učitel, který měl vliv na jeho budoucí působení (Beadle-Brown, Šiška & Káňová, 2023). V rámci materiálních zdrojů sem zařazujeme vzdělávací, kulturní či sociální kapitál. V doméně *přechodová období (transition)* je zjišťován přechod osob s mentálním postižením nejenom ze školy do dospělého života, pracovního života, ale také přechody mezi sociálními službami (Priestley, 2003).

Po provedení jednotlivých rozhovorů s respondenty, které byly nahrávány na diktafon se souhlasem všech respondentů, byla data přepsána. Po přepsání rozhovorů následovalo tzv. otevřené kódování (Hendl, 2005), kdy byly určitým sekvencím z rozhovoru přiřazeny kódy, podle kterých se následně seskupovali do stanovených domén. Jednotlivé domény byly zahrnuty do životního příběhu.

V polostrukturovaných rozhovorech jsme se zaměřovali na respondenty vyjádřenou kvalitu života vzhledem k jejich dosavadním zkušenostem. Během výzkumného šetření docházelo k porovnávání a propojování výzkumných metod. Bylo zjišťováno, zda hodnoty vycházející z dotazníkové výzkumné škály POS se shodovali s životním příběhem uživatelů.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole předkládáme výsledky k dílčím výzkumným cílům. Nejprve uvádíme výsledky z dotazníkové škály osobních výsledků (Personal Outcomes Scale; POS) vedenou formou rozhovoru. V další části kapitoly si představíme životní příběhy (LCI) uživatelů služby na základě jejich vyprávění, které je doplněno rozhovorem s klíčovými pracovníky. Jedná se o životní příběhy 5 uživatelů služby, které vznikly provedením rozhovorů s uživateli a jsou doplněny informacemi od klíčových pracovníků. V závěru kapitoly jsou propojeny výsledky z POS a životních příběhů. Jsou představeny výsledky na základě zjištěné kvality života podle dotazníkového šetření POS, jak se promítají do života uživatelů a jejich životních příběhů a zda tomu zjištěné hodnoty skutečně odpovídají.

6.1 ŠKÁLA OSOBNÍCH VÝSLEDKŮ

V podkapitolách je prezentován rozdíl výsledných hodnot z POS mezi subjektivním pohledem a objektivním pohledem na kvalitu života uživatelů chráněného bydlení. Výsledky jsou nadále porovnány se zahraničními studiemi.

6.1.1 SEČTENÍ DOMÉN U JEDNOTLIVÝCH RESPONDENTŮ

V níže uvedené tabulce č. 2 vidíme vypočítané domény podle jednotlivých respondentů (uživatelů služby). Výsledná hodnota je získávána sečtením získaných bodů na základě odpovědí na otázky. Jak je zmíněno výše v kapitole č. 5.6.1, jednotlivé domény se skládají ze 6 otázek, které jsou bodovány na škále od jedné do tří. Z tabulky č. 2 vyplývá zjištění subjektivního pohledu uživatelů a objektivního pohledu pracovníků vybraného chráněného bydlení.

U respondentů 1 a 2 si můžeme všimnout maximálního hodnocení (18 bodů) u některých domén. Takové zjištění představuje vysokou míru spokojenosti s jimi prožívanou kvalitou jejich životů, obzvláště v doméně emocionální pohody, kdy se oba respondenti cítí velmi stabilně.

U subjektivního hodnocení respondenta 3 můžeme vidět vysokou míru spokojenosti s jeho momentálním životem. Nejnižší hodnocení se skórem 12 je u domény sociální začlenění,

avšak ani tato hodnota není nikterak nízká, vzhledem k maximálnímu počtu bodů, které lze u jednotlivých domén získat. V některých doménách dokonce dosahuje téměř maximálně možného počtu bodů.

Respondent 4 se prokazuje poměrně vysokou mírou pohody, i když má nižší hodnoty u jednotlivých domén a nedosahuje ani nejvyšších možných počtu bodů. U domény materiální pohody vychází 11 bodů, kdy respondent 4 v rámci rozhovoru poukazuje na to, že jeho finanční zabezpečení není takové, jaké by si sám přál.

Respondent 5 dosahuje nejnižší subjektivní kvality života v této domácnosti. Nedá se přitom z těchto hodnot přímo konstatovat, že respondent 5 není se svým životem spokojený a je nešťastný. Nejnižší hodnotu (skóre 9) má u domény osobního rozvoje, kde je to zapříčiněno tím, že potřebuje větší asistenci u každodenních činností a také u domény sociálního začlenění.

U pohledu pracovníků jsou již na první pohled vidět nižší hodnoty u jednotlivých domén. Pouze u respondenta 5 nalézá pracovník vyšší celkové skóre, nežli jak vypovídal sám respondent. U respondentů 1, 2 a 3 je viditelné celkové skóre nižší. Pohled pracovníků a uživatele si je svojí výpovědní hodnotou nejbližší u respondenta 4. Nejvyšší dosažené skóre (16) u objektivního pohledu je u domény emocionální pohoda u respondenta 4.

Tabulka č. 2: Skóre jednotlivých domén subjektivního a objektivního pohledu respondentů

Domény		Osobní rozvoj	Sebeurčení	Mezilidské vztahy	Sociální začlenění	Práva	Emocionální pohoda	Fyzická pohoda	Materiální pohoda	Celkové skóre
Respondent 1	Subjektivní pohled	16	16	18	17	18	18	16	16	135
	Objektivní pohled	13	13	12	14	14	15	11	15	107
Respondent 2	Subjektivní pohled	16	15	16	16	14	18	17	14	126
	Objektivní pohled	9	11	11	13	13	15	14	11	97
Respondent 3	Subjektivní pohled	17	16	17	12	13	17	16	14	122
	Objektivní pohled	14	13	9	14	14	12	15	13	104
Respondent 4	Subjektivní pohled	12	15	15	12	14	16	14	11	109
	Objektivní pohled	12	12	11	13	14	16	14	12	104
Respondent 5	Subjektivní pohled	9	11	13	9	11	12	16	10	91
	Objektivní pohled	9	11	11	13	13	15	14	11	97

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

Ve výše uvedených tabulkách se zabýváme pohledy na domény u jednotlivých respondentů zvlášť. V nadcházející tabulce představujeme pohledy v rámci faktorů.

V tabulce č. 3 jsou uvedeny hodnoty pro jednotlivé faktory ze subjektivního a objektivního hodnocení. Faktory, jak již bylo řečeno v kapitole 5.6.1 jsou složeny z jednotlivých domén. Faktor celkové pohody se prezentuje v tabulce č. 3 jako nejvýznamnější a nejlépe hodnocený uživateli chráněného bydlení, který má skoro u všech respondentů nejvyšší dosažitelné skóre.

U respondenta 5 vidíme shodu v počtu bodů za faktor samostatnosti z pohledu subjektivního i objektivního. U respondenta 4 u faktoru celkové pohody je viditelný rozdíl součtu domén pouze o 1 bod.

Tabulka č. 3: Skóre jednotlivých faktorů objektivního pohledu respondentů

Faktory		Samostatnosti	Sociální participace	Celkové pohody	Celkové skóre
Respondent 1	Subjektivní pohled	32	53	50	135
	Objektivní pohled	26	40	41	107
Respondent 2	Subjektivní pohled	31	46	49	126
	Objektivní pohled	21	41	39	101
Respondent 3	Subjektivní pohled	33	42	47	122
	Objektivní pohled	27	37	40	104
Respondent 4	Subjektivní pohled	27	41	41	109
	Objektivní pohled	24	38	42	104
Respondent 5	Subjektivní pohled	20	33	38	91
	Objektivní pohled	20	37	40	97

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.1.2 SHODA VÝPOVĚDÍ UŽIVATELŮ A PRACOVNÍKŮ

Skóre shody pohledu uživatelů a pracovníků, dle shody odpovědí u jednotlivých respondentů uvádíme v tabulce č. 4. Nejnižší shodu vidíme u respondenta 3 jde o shodu u 26 otázek z celého dotazníku POS, jedná se o shodu v 54,17 %. Nejvyšší shodu nalzáme u respondenta 4 u 32 otázek ze 42, což je v přepočtu 66,67 %. Druhou nejvyšší shodu 28 otázek, tedy 58,33 % nalezneme u respondenta 1. Stejnou shodu, 27 otázek, tedy 56,25 % vidíme u respondentů 2 a 5.

Tabulka č. 4: Skóre shody pohledů uživatelů a pracovníků, dle respondentů

	Skóre shody	%
Respondent 1	28	58,33 %
Respondent 2	27	56,25 %
Respondent 3	26	54,17 %
Respondent 4	32	66,67 %
Respondent 5	27	56,25 %
Celkové skóre	140	58,33 %

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

Po představení shody odpovědí pracovníků a konkrétních uživatelů si vyobrazíme shodu odpovědí v doménách.

Shoda u jednotlivých domén všech respondentů je zaznamenána v tabulce č. 5. Nejvyšší shodu nalzáme v doméně práva u 26 otázek, tedy 86,67 %. Druhá nejvyšší shoda je u materiální pohody, 22 otázek tedy 73,33 %. Nejnižší shoda o počtu 10 otázek se vyskytuje u domény mezilidských vztahů, tedy 33,33 %. Tuto nejnižší shodu si můžeme vysvětlovat tím, že uživatelé služby v doméně mezilidských vztahů vypovídají, že mají blízké přátele, chodí na jídlo do kaváren, restaurací či si volají pravidelně s rodinou a blízkými. Pracovníci chráněného bydlení často zmiňovali, že uživatelé mimo sociální službu žádné přátele nemají, najíst do restaurace se jdou třeba jednou za měsíc / za dva měsíce. Pouze jeden uživatel je v pravidelném telefonním kontaktu s jeho matkou.

Tabulka č. 5: Skóre shody pohledů uživatelů a pracovníků, dle domén POS

Doména	Skóre shody	%
Osobní rozvoj	15	50,00 %
Sebeurčení	17	56,67 %
Mezilidské vztahy	10	33,33 %
Sociální začlenění	17	56,67 %
Práva	26	86,67 %
Emocionální pohoda	15	50,00 %
Fyzická pohoda	18	60,00 %
Materiální pohoda	22	73,33 %
Celkové skóre	140	58,33 %

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.1.3 VZTAH MEZI STŘEDNÍMI HODNOTAMI SUBJEKTIVNÍHO A OBJEKTIVNÍHO POHLEDU

Porovnání středních hodnot subjektivního a objektivního pohledu podle domén je popsán v tabulce č. 6. Již na první pohled je patrné, že hodnoty u subjektivního pohledu jsou vyšší, než jak je tomu u pohledu objektivního. Největší rozdíl nalézáme u domény mezilidských vztahů a to o 4,60. Tento rozdíl je zapříčiněn tím, jak jsme zmiňovali již výše. Pracovníci zmiňují, že uživatelé nemají žádné blízké kamarády, známé mimo sociální službu. Jediná doména, která je hodnocena vyšším skóre u objektivního pohledu je doména sociálního začlenění a to o 0,40. Zde se zřetelně ukazuje rozdíl mezi těmito doménami. Uživatelé se cítí být více začleňováni do sousedského života, že se často schází s přáteli a rodinou. Pracovníci spíše vnímají větší snahu o zapojení se do společenského života v rámci různých společenských aktivit, komunitních činností.

Tabulka č. 6: Porovnání středních hodnot subjektivního a objektivního pohledu

Domény	Osobní rozvoj	Sebeurčení	Mezilidské vztahy	Sociální začlenění	Práva	Emocionální pohoda	Fyzická pohoda	Materiální pohoda	Celkové skóre
Subjektivní pohled	14,00	14,60	15,80	13,20	14,00	16,20	15,80	13,00	116,60
Objektivní pohled	11,60	12,00	11,20	13,60	13,80	14,20	13,80	12,40	102,60

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.1.4 VZTAH NAŠICH VÝSLEDKŮ S DALŠÍMI STUDIEMI

Během výzkumného šetření jsme porovnali výsledky z naší malé studie se studií z České republiky z výzkumného šetření Káňové a kol. (2022) a se zahraničními studiemi. Studie jsme porovnávali s vědomím velkého rozdílu v počtu respondentů jednotlivých souborů. Naše studie obsahuje pouze 5 respondentů v porovnání se subjektivními pohledy z jiných studií, které mají 21 až 529 respondentů. V porovnání objektivních pohledů v naší studii máme 2 pracovníky, v jiných studiích mají pracovníků 21 až 522. Z tohoto důvodu nelze brát porovnání studií jako směrodatné. I přesto je zajímavé se na srovnání podívat.

V tabulce č. 7 získáváme základní představu při porovnání pohledu respondentů našeho výzkumného šetření a pohledu respondentů zahraničních studií. V doméně osobní rozvoj

byla zjištěna nejnižší hodnota v portugalské studii (Jacinto, 2023) 9,57 což je o 5,35 méně než u nejvyšší kvality ve studii Káňové a kol. (2022), kde byla hodnota 14,92. Vysoké hodnocení v této doméně u projektu Robin může být dáno vysokou mírou samostatnosti respondentů z ČR, kteří dle Káňové (2022) oproti jiným studiím nevyžadují takovou míru podpory. Doména sebeurčení měla nejnižší hodnocení 11,14 v Portugalsku (Jacinto, 2023) o 5,1 méně než v nizozemské studii (Schouten, 2017). Ve vzorku z ČR (Káňová a kol., 2022) měl v doméně mezilidské vztahy nejvyšší dosaženou hodnotu ve všech studiích a to 19,22. Tato hodnota nebyla převýšena ani v jiných doménách, byl zde druhý největší rozdíl oproti portugalské studii (Jacinto, 2023) o 7,84. Belgie zaznamenala nejnižší hodnotu v doméně sociálního začlenění (10,34) o 2,97 méně, než měla studie ze Španělska (Carbó-Carreté, 2015). Nizozemsko (Schouten, 2017) mělo nejvyšší hodnotu v doméně práva (15,63) o 6,2 více než Portugalsko s 9,46 (Jacinto, 2023). Emocionální pohoda a fyzická pohoda jsou nejvyšší v italské studii (Balboni, 2013) v přibližně stejných hodnotách (16,52 a 15,98). Zmíněné pohody jsou nejnižší v portugalské studii (Jacinto, 2023), také v podobných hodnotách (12,62 a 13,00). Nejnižší hodnotu ve všech doménách a studiích nalezneme v materiální pohodě v portugalské studii (Jacinto, 2023) a to 7,76. V materiální pohodě je největší rozdíl v dosažených hodnotách. Nalézáme zde rozdíl o 8,6 oproti japonské studii (Tatsuta, 2022), která dosahuje hodnoty 16,36. V Japonsku se dost hledí na kariérní růst a potřebné finanční zabezpečení i z tohoto důvodu mají ve své studii tak vysoké hodnocení. Portugalská studie (Jacinto, 2023) se vykazuje nejnižšími hodnotami skrze celou škálu POS kromě domény sociálního začlenění, kde dosahuje nižší hodnoty belgická studie (Claes, 2012). Nízké hodnoty portugalské studie (Jacinto, 2023) jsou pravděpodobně dány tím, že výzkum probíhal v ústavním zařízení, což poukazuje také vliv deinstitutionalizace na výrazné zlepšení kvality života osob s mentálním postižením, které v době výzkumů již nepobývali v ústavních zařízeních.

Naše výzkumné šetření (Králová, 2023) se pohybuje ve středních hodnotách v 5 doménách. Druhou nejvyšší hodnotu, 13,20 nalezneme v doméně sociálního začlenění, která je nižší o 0,11 než španělská studie (Carbó-Carreté, 2015). V doméně fyzické pohody (15,80) je naše výzkumné šetření na druhém místě za italskou studii (Balboni, 2013) o 0,18. Třetí nejvyšší hodnota u emocionální pohody (16,20) v naší studii je pouze o 0,23 nižší než u studie z Japonska (Tatsuta, 2022).

Tabulka č. 7: Porovnání středních hodnot subjektivního pohledu v naší studii a zahraničních studiích

Domény		Osobní rozvoj	Sebeurčení	Meziilidské vztahy	Sociální začlenění	Práva	Emocionální pohoda	Fyzická pohoda	Materiální pohoda	Celkové skóre
Subjektivní pohled	náš výzkum (Králová, 2023) n=5	14,00	14,60	15,80	13,20	14,00	16,20	15,80	13,00	116,60
	Česká republika (Káňová, 2022) n=36	14,92	14,89	19,22	12,44	12,71	16,17	15,14	14,71	118,58
	Belgie (Claes, 2012) n=161	14,73	15,37	14,08	10,34	14,69	14,82	14,26	14,46	112,84
	Japonsko (Tatsuta, 2022) n=128	14,39	15,30	14,79	10,52	14,50	15,76	14,60	16,36	116,21
	Itálie (Balboni, 2013) n=176	14,52	15,04	15,21	12,40	13,02	16,52	15,98	12,29	115,25
	Nizozemsko (Schouten, 2017) n=91	12,54	16,24	14,32	10,62	15,63	15,47	14,38	13,79	112,99
	Portugalsko (Jacinto, 2023) n=21	9,57	11,14	11,38	10,71	9,43	12,62	13,00	7,76	86,62
	Španělsko (Carbó-Carreté, 2015) n=529	14,04	13,90	15,78	13,31	13,92	16,27	15,13	13,32	102,35

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

Po představení jednotlivých studií a jejich subjektivních pohledů na jednotlivé domény je třeba se také seznámit s objektivními pohledy na domény v různých studiích. Opět nelze

přímo srovnávat jednotlivé studie z důvodu velmi rozdílných vzorků, nemá to tedy takovou vypovídající hodnotu.

V tabulce č. 8 je vyobrazeno objektivní hodnocení napříč našim výzkumným šetřením a zahraničními studii. Portugalská studie (Jacinto, 2023) se i ve výsledcích objektivního pohledu vyznačuje nejnižšími hodnotami ve všech doménách kromě sociálního začlenění. V této doméně nejnižší hodnotu 9,62 má studie z Belgie (Claes, 2012). Nejvyšší hodnoty dosahuje naše výzkumné šetření (13,60) a poté španělská studie (Carbó-Carreté, 2015) s hodnotou 12,86 v této doméně. Belgie (Claes, 2012) má nejvyšší hodnoty (15,37) v doméně sebeurčení, což je o 5,23 než má studie portugalská (Jacinto, 2023). Belgie (Claes, 2012) zaznamenává nejvyšší hodnoty také v doméně osobního rozvoje (14,78), což je o 6,07 více než u nejnižší hodnoty. Belgie (Claes, 2012) má také nejvyšší hodnoty v doméně práva (14,55), to je opět více než má studie portugalská (Jacinto, 2023) o 5,55. Španělská studie (Carbó-Carreté, 2015) dosahuje nejvyšších hodnocení v doméně mezilidských vztahů (15,11), emocionální pohoda (15,57) a fyzická pohoda (15,52). V první zmíněné doméně má hodnotu vyšší o 4,68, ve druhé o 3,19 a v poslední zmíněné vyšší o 3,57 než studie z Portugalska (Jacinto, 2023). Japonská studie (Tatsuta, 2022) zaznamenává největší rozdíl mezi studii v doméně materiální pohody o 9,07. Japonská studie (Tatsuta, 2022) zde má hodnotu 16,55. Itálie (Balboni, 2013) má druhou nejnižší hodnotu v této doméně a to 11,79, což je o 4,76 méně než v uváděné japonské studii (Tatsuta, 2022), to opět poukazuje na velký důraz Japonska na profesní růst a materiální zabezpečení.

V našem výzkumném šetření (Králová, 2023) zaznamenáváme druhou nejnižší hodnotu v doméně osobního rozvoje (11,60), což je o 2,89 více než u nejnižšího hodnocení. V doméně mezilidských vztahů zastává naše studie také druhé nejnižší hodnocení (11,20), které je vyšší pouze o 0,77 než u portugalské studie (Jacinto, 2023).

Ve studii z Belgie (Claes, 2012) není uveden počet pracovníků, kteří vyplnili proxy POS. Avšak ze studie vyplývá, že ve studii byla nastavena jasná kritéria pro to, kdo z pracovníků byl oprávněn dotazníkovou škálu proxy POS vyplnit pro 161 primárních respondentů (lidí s mentálním postižením). Ve studii z Itálie (Balboni, 2013) počet pracovníků nebyl uveden. Ve studii zmiňují, že pro každého z uživatelů proxy dotazník POS vyplnili dva caregivers, což může být rodič či pracovník sociální služby.

Tabulka č. 8: Porovnání středních hodnot objektivního pohledu v naší studii a zahraničních studiích

Domény		Osobní rozvoj	Sebeurčení	Mezilidské vztahy	Sociální začlenění	Práva	Emocionální pohoda	Fyzická pohoda	Materiální pohoda	Celkové skóre
Objektivní pohled	náš výzkum (Králová, 2023) n=5	11,60	12,00	11,20	13,60	13,80	14,20	13,80	12,40	102,60
	Belgie (Claes, 2012) n=neuvedeno	14,78	15,37	13,00	9,62	14,55	14,63	13,21	14,37	109,66
	Japonsko (Tatsuta, 2022) n=27	13,95	14,41	14,62	10,25	14,07	16,02	14,55	16,55	114,42
	Itálie (Balboni, 2013) n=neuvedeno	14,04	14,44	13,92	11,40	12,83	15,48	14,73	11,79	108,63
	Portugalsko (Jacinto, 2023) n=21	8,71	10,14	10,43	9,71	9,00	12,38	11,95	7,48	79,81
	Španělsko (Carbó-Carreté, 2015) n=522	13,81	13,86	15,11	12,86	13,26	15,57	15,52	12,86	112,85

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.2 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚHY UŽIVATELŮ SLUŽBY CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ

Jednotlivé životní příběhy jsou reflektovány z pohledu samotných uživatelů chráněného bydlení a směřovaly k naplnění dílčího výzkumného cíle „zjistit subjektivně vnímanou kvalitu života očima lidí s mentálním postižením žijících ve vybrané službě chráněného

bydlení“. Z důvodu zachování anonymity všech uživatelů, jsou ve studii zaměněna jejich jména za čísla respondentů a další citlivé údaje.

V následujících podkapitolách jsou výsledky interpretovány s oporou o teorii životních drah. Jednotlivé životní příběhy respondentů jsou zobrazeny také pomocí grafického znázornění životních příběhů do map. Modely LCI vychází z předloh Kasnitz (2001). Legenda k mapám životních příběhů je přiložena do příloh, konkrétněji příloha č. 4.

6.2.1 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH RESPONDENTA 1

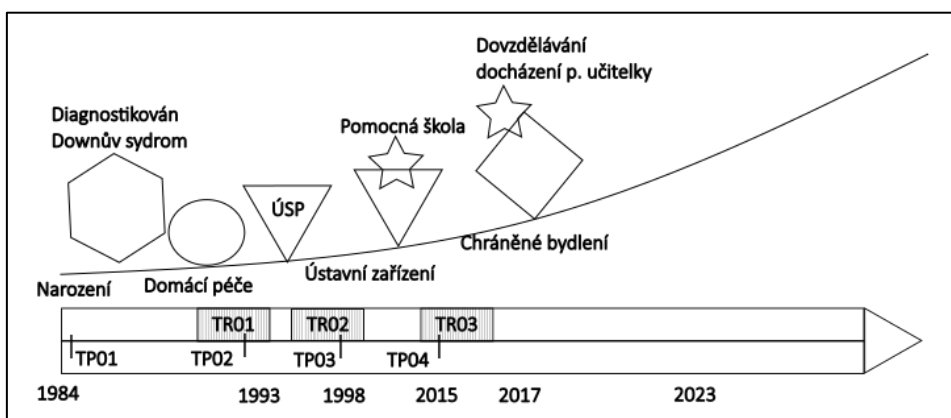
Respondentem 1 je muž, kterému je 40 let. Narodil se s Downovým syndromem matce z prvního těhotenství. Jeho otec byl v práci vystavován vysokofrekvenčnímu záření. Později po jeho narození otec zaměstnání změnil. Respondent má dva mladší sourozence, se kterými je stále v kontaktu a mají se rádi. V dětství byl zproštěn povinné školní docházky, mateřskou školu nenavštěvoval. Soudem mu byla omezena svéprávnost. Nemůže volit, nicméně on sám se o politické dění ve společnosti nezajímá. Pobírá invalidní důchod 3. stupně a příspěvky na péči.

Nejprve byl v domácí péči a v roce 1993 nastoupil do ústavu sociální péče (ÚSP). S ústavem byl ze začátku spokojen, v průběhu času se u něj projevil noční neklid, který byl tlumen léky. Z důvodu nespokojenosti po 5 letech přešel do jiného ústavu. Zde si ze začátku nemohl zvyknout, pomočoval se, napadal a škrtil ostatní muže v ústavu. Kvůli jeho výbuchům agrese mu byla zvýšena medikace a stanovena diagnóza střední mentální retardace s poruchami chování s heteroagresí. S touto diagnózou se v současné době neztotožňuje a nemá známky agresivního chování vůči svému okolí. Během pobytu v ústavu se zapojil do kolektivu a byl rovněž zařazen do pomocné školy, kterou nějaký čas navštěvoval. Naučil se číst a psát. V rámci transformace mu bylo nabídnuto přesunutí z ústavu do chráněného bydlení. Od roku 2015 do současnosti pobývá v chráněném bydlení, kde se mu líbí a nic by na něm neměnil, LCI_R1: R06: „Tady je to hezčí. Míň lidí, lepší, holky tu jsou.“. Respondent 1 říká pracovnícím holky. Během svého pobytu v chráněném bydlení byl vzděláván paní učitelkou, která tam docházela po dobu dvou let. Na otázku, zda si tu respondent 1 přijde jako doma odpověděl LCI_R1: R06: „Jo“.

Mezi jeho zájmy patří přepisování textu z knihy do sešitu, skládání toaletního papíru. Rád se chodí procházet do lesa. LCI_R1: R07: „Rád píšu, skládám toaleták. Mám rád jednu z pracovnic.“ Rád navštěvuje chatu, kam jezdí spolu s uživateli chráněného bydlení a pracovníky. Stejně jako ostatní uživatelé služby jezdí na týdenní pobyt na chatu, kterou pronajímá organizace. Respondent 1 zmiňuje, LCI_R1: R08: „Chodíme nakupovat, do lesa a rozsvícení stromečku“. Naučil se pomáhat a dělat domácí práce, více se osamostatnil. Respondent v rozhovorech říká LCI_R1: „Uklízím, zametám, nádobí uklízím Sám“. Jeho snem a přáním do budoucna je dostat více sešitů a jet k moři.

Má problémy se sluchem a je mu každý den dáváno sluchadlo na pravé ucho, často si stěžuje na bolení hlavy a na různé pupínky na těle. LCI respondenta 1 blíže specifikujeme ve schématu č. 3.

Schéma č. 3: Mapa životního příběhu respondenta 1



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.2.2 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH RESPONDENTA 2

Respondentem 2 je žena, ve věku 41 let. Její dětství bylo problematické, jelikož byla několik let v psychiatrické léčebně. Matka jí porodila v poměrně mladém věku, kdy nebyla na dítě připravena a neměla podporu své rodiny. Proto, když jí dětská lékařka, sdělila, že se její dcera špatně vyvíjí a je hyperaktivní, umístila ji do psychiatrické léčebny. Respondentka 2 byla ve třech letech v léčebně zavíraná do klece. Při návštěvách rodičů byla dezorientovaná a neuměla již naučené věci. Nedokázala si dojít na záchod, musela se učit znovu chodit. Po odchodu z psychiatrické léčebny jí byla diagnostikována střední mentální retardace se sklonem k autismu a byla jí omezena svéprávnost. Když probíhají volby, chodí vždy

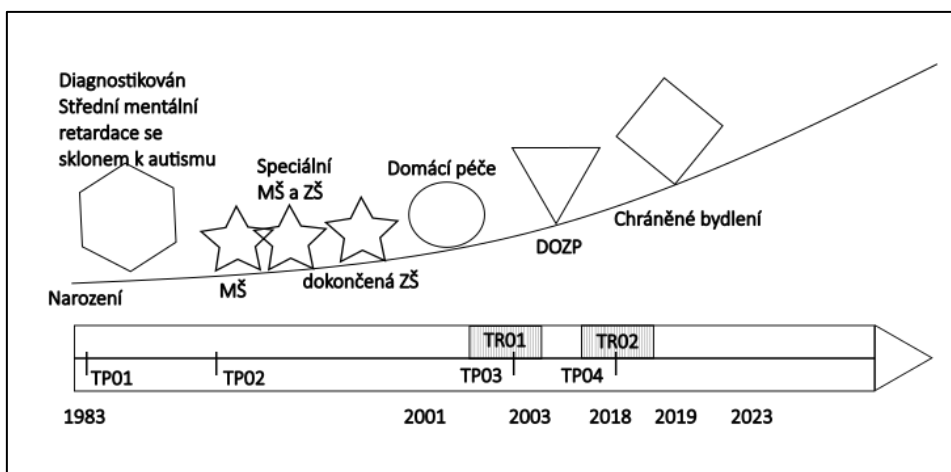
s matkou jako její doprovod do volící místnosti, ale ona sama volit nemůže. Pobírá invalidní důchod 3. stupně a příspěvky na péči.

Mateřskou školu navštěvovala měsíc a poté přešla do speciální mateřské a základní školy. Kvůli přestěhování přestoupila do základní školy v místě bydliště, dokončila ji v 18 letech, což je přehledněji znázorněno ve schématu č. 4. Ve svých 20 letech začala využívat sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP). Zde pobývala přes týden a domů jezdila na víkendy a svátky. DOZP opustila kvůli věkové hranici 35 let, její odchod ze služby byl plánovaný. DOZP pomáhalo respondentce 2 a její rodině najít vhodnou sociální pobytovou službu. V roce 2019 nastoupila do chráněného bydlení, kde žije do současné doby. V sociální službě je spokojená a zvykla si poměrně rychle. Má ráda svůj klid a ráda tráví čas ve svém pokoji. Když do chráněného bydlení přišla, byla mlčenlivá a stranila se ostatních. Nyní projevuje své pocity, více se směje. Má přítele, který žije v jiném chráněném bydlení stejné organizace. Navštěvují se a tráví spolu čas
LCI_R2: T05: „*S přítelem se spolu modlíme*“.

Zapojuje se do všech činností, které se v chráněném bydlení dějí, například vypomáhá s úklidem a vaří, LCI_R2: „*Zalévám kytky, vařím...salát*“. Respondentovi 2 je při určitých činnostech poskytována přiměřená asistence, většinu činností zvládá samostatně. Při otázce rozhodování respondent 2 uvádí, že si moc nemůže vybírat. Často bývá náladová a plynule přechází z pláče do smíchu. Při vstupu do služby měla agresivnější verbální projevy, ale nyní je už nemívá. Má alergie a problémy se zrakem, chodí na pravidelné kontroly.

S pracovníky a uživateli sociální služby chodí často do lesa, který je blízko chráněného bydlení. LCI_R2: R08: „*Chodíme k Vietnamcům, do pekárny a do drogerie*“. Na otázku týkající se, zda se v chráněném bydlení cítí jako doma odpověděl respondent 2
LCI_R2: R06: „*Jo*“ i s tím, že se jí zde líbí více než v předcházejícím zařízení. Ráda by v budoucnu měla více andělíčků (sošky, obrázky, ...) a panenek.

Schéma č. 4: Mapa životního příběhu respondenta 2



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.2.3 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH RESPONDENTA 3

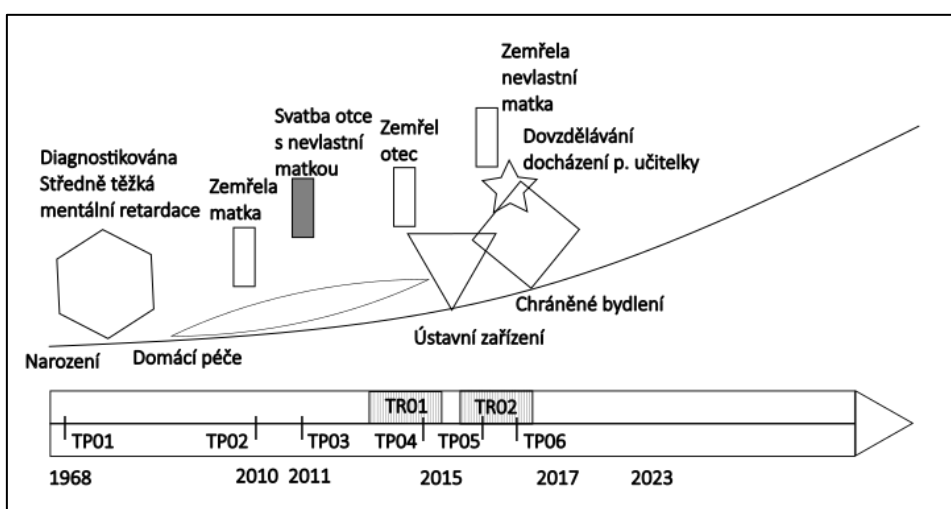
Respondentem 3 je muž, kterému je 55 let. V dětství mu byla diagnostikována středně těžká mentální retardace. Byl zproštěn povinné školní docházky, do mateřské a základní školy nechodil. O politické dění ve společnosti se nezajímá, má omezenou svéprávnost. Pobírá invalidní důchod 3. stupně a příspěvky na péči.

Do svých 42 let žil s rodiči v domácí péči, viz. schéma č. 5. V roce 2010 mu zemřela matka po dlouhodobé nemoci. Jeho otec se po roce znovu oženil, ale respondent 3 s nevlastní matkou příliš nevycházel. Ta ho týrala, bila. V roce 2015 mu zemřel otec a nevlastní matka ho zanedlouho nechala umístit do ústavu. V ústavu pobýval přes týden a o víkendy jezdil domů za nevlastní matkou. Na podzim roku 2015 vlivem transformace dostal nabídku na ubytování v chráněném bydlení, jelikož se zde uvolnilo místo, které přijal. V roce 2017 zemřela nevlastní matka. Jeho opatrovníkem se stala pracovnice organizace, od které přijímal služby. V roce 2021 došlo ke změně opatrovníka, nyní je jím obec, ve které se nachází chráněné bydlení. Se svojí mladší sestrou je v pravidelném kontaktu. Jezdí za ní na svátky a prázdniny.

Během pobytu v chráněném bydlení byl vzděláván dva roky, kdy do sociální služby docházela paní učitelka. V chráněném bydlení se respondentovi 3 líbí a nic by na ní neměnil. Naučil se psát a oblíbil si prohlížení knih o přírodě, rád jimi listuje. Má vlastní fotoaparát, rád fotí a poté si své fotografie prohlíží. V chráněném bydlení mají morčata, o které

se respondent 3 LCI_R3: R07: „Rád starám. Čistím je, krmím“, stejně jako o zahradu LCI_R3: R07: „Můžu dělat na zahradě a další věci“. Napomáhá s domácími pracemi, např. v kuchyni. Ke svým posledním narozeninám dostal tablet, který si velmi oblíbil a skládá na něm puzzle. S vybíráním činností si momentálně není respondent 3 jistý, zda si může vybírat, záleží na situacích. Rád chodí LCI_R3: R07: „na procházky do lesa“. Navštěvují společně akce, jako je rozsvícení stromečku LCI_R3: R08: „Jo, chodíme a byli jsme tam. I na fotbal“. Rád by dostal nový fotoaparát a jel zase na chatu, kam společně každý rok vyrážejí.

Schéma č. 5: Mapa životního příběhu respondenta 3



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.2.4 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH RESPONDENTA 4

Respondentem 4 je muž, kterému je 60 let. Dětství měl bezproblémové, strávil ho s mladším bratrem a rodiči. Se všemi se dál pravidelně vídá, na svátky a prázdniny jezdí k rodičům. V mládí mu byla diagnostikována středně těžká mentální retardace. Má omezenou svéprávnost, invalidní důchod 3. stupně a pobírá příspěvky na péči. O politické dění se zajímá pouze, když někdo zemře. Velmi ho zaujalo úmrtí anglické královny, kdy se vyptával a chtěl vidět její pohřeb.

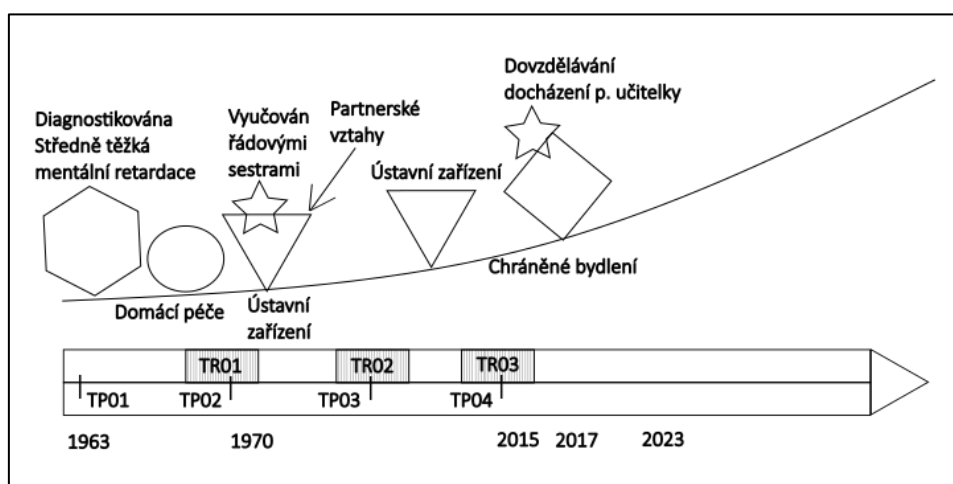
Do svých 7 let žil se svými rodiči v domácí péči. Následně nastoupil do ústavu, ve kterém byl vzděláván řadovými sestrami. Získal zde základní znalosti čtení a psaní, také se naučil rozpoznat peníze. Ústav byl zrušen, rok zrušení nebyl blíže specifikován, jak naznačuje také

schéma č. 6. Z toho důvodu přesel do ústavu sociální péče. Zde měl několik homosexuálních partnerských vztahů. S jedním mužem z ústavu se stále občas vídá a má ho rád. Díky transformaci v roce 2015, se přestěhoval do chráněného bydlení. Z počátku v chráněném bydlení žil rovněž jeho partner z ústavu. Ten byl k němu agresivní a rozkazoval mu, co má a nemá dělat, mlátil ho. Kvůli tomuto chování byl jeho partner přesunut do jiného chráněného bydlení organizace.

V chráněném bydlení byl vzděláván dva roky, během této doby se s docházející paní učitelkou naučil psát. V chráněném bydlení vypomáhá s úklidem společných prostor a uklízí si téměř denně svůj vlastní pokoj s dopomocí pracovníků. Respondent 4 při otázce, zda se může sám rozhodovat pokrčil rameny, že se může rozhodovat pouze v nějakých situacích samostatně. Velmi rád nakupuje a chtěl by v budoucnu mít víc peněz, aby si toho mohl víc kupovat. Nejčastěji ve volných chvílích listuje akčním letákem z obchodů a ukazuje na všechny věci, které by chtěl koupit. Respondent 4 téměř verbálně nekomunikuje. K dorozumívání využívá ukazování. Má problémy s chrupem, každé ráno mu je dávana protéza jednoho zubu, která mu ulehčuje kousání.

Rád s ostatními respondenty chodí do lesa a do restaurace na smažený sýr, který má ze všeho nejraději. V chráněném bydlení se mu líbí a cítí se tu jako doma.

Schéma č. 6: Mapa životního příběhu respondenta 4



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.2.5 ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH RESPONDENTA 5

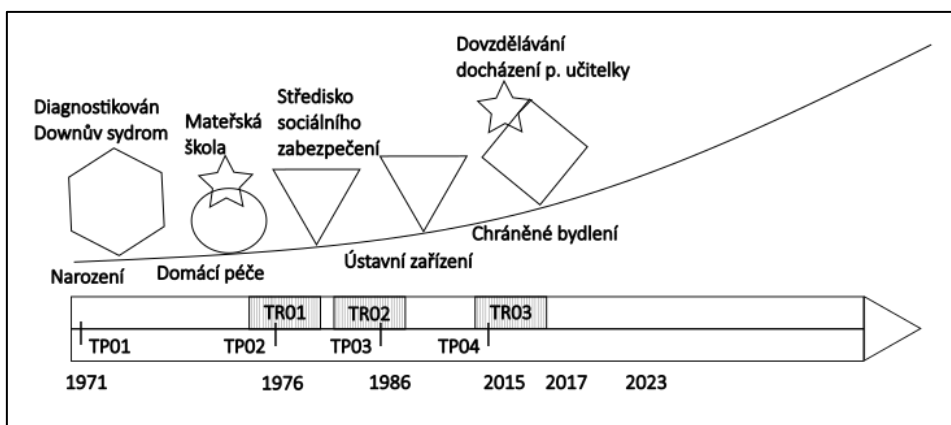
Respondentem 5 je 53letý muž, kterému byl diagnostikován Downův syndrom se středně těžkou mentální retardací. Je narozen z druhého těhotenství jeho matky, první těhotenství skončilo samovolným potratem. Má mladšího bratra, který se narodil bez postižení. Se svými rodiči a bratrem se vídá pravidelně. Matka si ho vyzvedává každý pátek dopoledne a zpět do chráněného bydlení ho přiváží v pondělí odpoledne.

Ve svém dětství nejdříve navštěvoval mateřskou školu a poté byl zproštěn povinné školní docházky. Má omezenou svéprávnost, k volbám nechodí, ani nejeví zájem o politické dění. Pobírá invalidní důchod 3. stupně a příspěvky na péči.

Do 5 let žil s rodiči v domácí péči. V letech 1976 až 1986 navštěvoval středisko sociálního zabezpečení pro denní pobyt duševně vadné mládeže. Tuto službu opustil v 15 letech z důvodu věkové hranice dané organizací. Ve svých 15 letech přešel do centra sociálních služeb, kde pobýval až do roku 2015, viz. schéma č. 7. Díky projektu transformace z ústavů do komunitních služeb, byl respondent umístěn do chráněného bydlení, kde je do dnes. Při rozhodování během transformace, kam by mohl z centra sociálních služeb respondent 5 jít, on ani jeho rodina jinou možnost nezvažovali. Chtěli využívat služeb stejné organizace, která jim tolik let pomáhala.

V chráněném bydlení pomáhá s domácími pracemi, se kterými mu pomáhají pracovníci. Rád vaří a peče, chtěl by se stát pekařem a nejraději ze všeho vaří LCI_R5: R07: „*Omáčky*“. Může se sám rozhodovat v tom, co by chtěl uvařit. S respondenty chodí rád do lesa a tancovat. S nikým jiným, než s nimi se prý nebaví. Jeho nejoblíbenější činností, jak sám říká je LCI_R5: R07: „*Jim a spim*“. Rád si nechává číst z knížek, nejraději má, když se mu předčítají pohádky. V chráněném bydlení se mu líbí více než v ústavním zařízení, ve kterém pobýval. Vypořádal se s rakovinou prostaty. Dochází pravidelně na obezitologii, rovněž má problémy se zrakem, které řeší každodenními kapkami do očí. Pravidelně ho bolí rameno, které natírají mastičkou LCI_R5: TP05: „*Rameno mě bolí*“.

Schéma č. 7: Mapa životního příběhu respondenta 5



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.2.6 SHRUTÍ ŽIVOTNÍCH PŘÍBĚHŮ

Životní příběhy jednotlivých respondentů porovnáváme na základě domén životního příběhu. Pro každou doménu je zvoleno několik kódů, pod které se přiřadily segmenty z rozhovorů. V příloze č. 5 dochází k porovnání respondentů na základě opakování kódovaných segmentů. Jednotlivé domény znázorňujeme pro lepší orientaci a pochopení ve schématech č. 8 až 12.

Doména *trajektorie* se v naší studii sestavuje z 6 kódů, které jsou zobrazeny ve schématu č. 8. Respondent 2 měl jako jediný problémové dětství, které strávil pobytem v psychiatrické léčebně. Tento respondent chodil do speciální mateřské školy a následně do základní školy, kterou v 18 letech dokončil. Respondent 3 nebyl celé své dětství a dospívání vzděláván. Dovzdělával se 2 roky v chráněném bydlení společně s respondenty 1, 4 a 5. Partnerský vztah má respondent 2, partnerem pro něj je osoba z jiného chráněného bydlení stejné organizace. Partnerské vztahy také měl respondent 4, které již ale nepřetrvávají. Ani jeden respondent nemá placené zaměstnání.

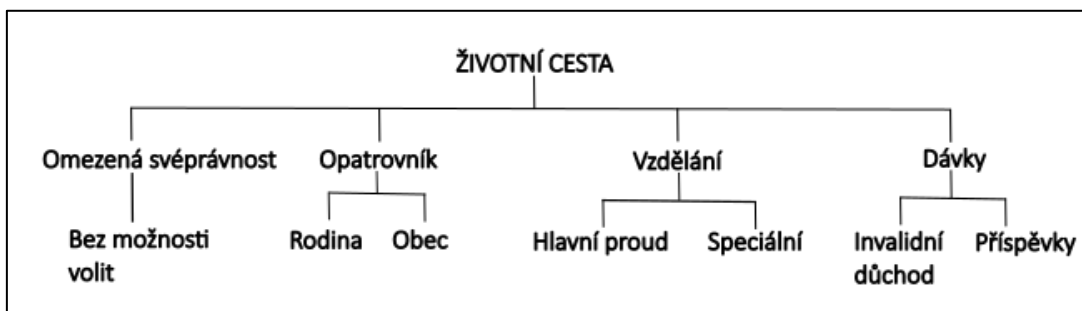
Schéma č. 8: Doména trajektorie



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

V doméně *životní cesty* se věnovala pozornost 6 kódům znázorněných ve schématu č. 9. Všichni respondenti mají omezenou svéprávnost, pobírají příspěvky na péči a invalidní důchod 3. stupně. Čtyři respondenti byli zproštěni povinné školní docházky. Pro 4 uživatele je opatrovníkem člen jejich rodiny. Pro respondenta 3 je momentálním opatrovníkem obec, ve které uživatel pobývá.

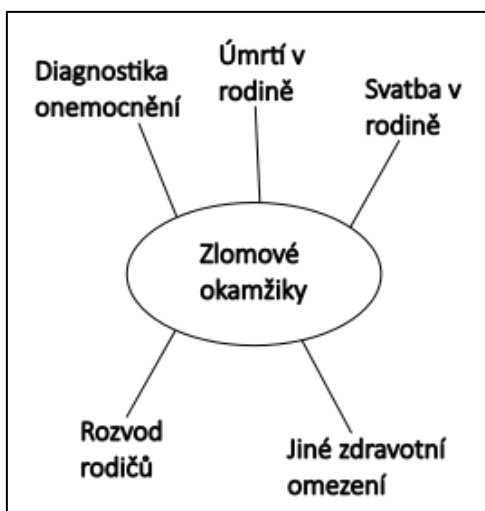
Schéma č. 9: Doména životní cesta



Zdroj: Vlastní analýza, 2023

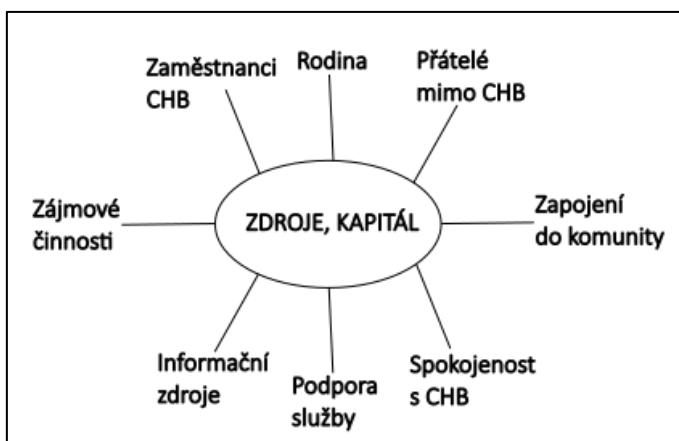
Pro doménu *zlomových okamžiků* se stanovilo 5 kódů, které jsou popsány ve schématu č. 10. Pro všechny respondenty je nejdůležitějším zlomovým bodem, v jejich životech i v životech jejich blízkých, stanovení diagnózy mentálního postižení. Pro 4 respondenty je klíčovým bodem rozvedení jejich rodičů, i když jsou s oběma rodiči v stálém, pravidelném kontaktu. Respondenta 3 velmi ovlivnilo úmrtí jeho matky, otce a poté i nevlastní matky v jeho životě. Všichni respondenti mají přidružené jiné zdravotní omezení, ať se jedná o alergie či o rakovinu prostaty.

Schéma č. 10: Doména zlomové okamžiky



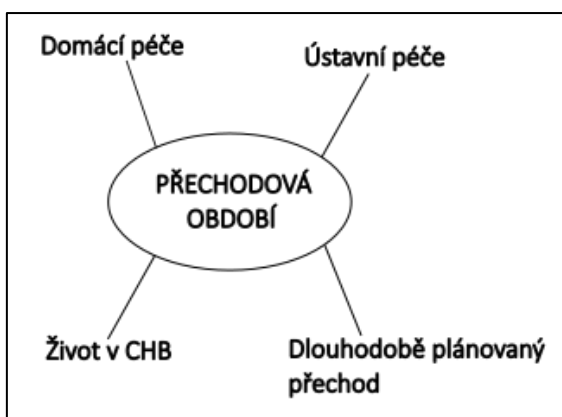
Zdroj: Vlastní analýza, 2023

V doméně zdrojů a kapitálů se využilo 8 kódů představených ve schématu č. 11. Všichni respondenti jako největší zdroje v jejich životě uváděli rodinu, zaměstnance chráněného bydlení a podporu sociální služby, se kterou jsou spokojeni. Zájmové činnosti mají všichni respondenti, zde je však důležité si zhodnotit přínos jednotlivých zájmů. Respondent 1 rád přepisuje věty z knihy na papír. Tuto činnost dělá spíše, aby se zabavil, než že to přináší větší přínos pro uživatele. Respondenti rádi chodí na procházky do lesa. Při procházkách nedochází k sociálnímu začlenění do širší společnosti. Uživatelé mají procházení rádi, avšak jim to nepřináší větší a kvalitnější zapojení do komunity. Respondent 1 rád skládá ve volném čase toaletní papír, což je činnost k zabavení uživatele v sociální službě bez přínosu pro daného jedince. Respondent 3 rád fotografuje a prohlíží si jím vyfocené fotografie, tato činnost uživatele rozvíjí. Respondent 2 rád předčítá knihy respondentovi 5, které napomáhá k lepšímu udržování vztahů mezi uživateli. Prohlížení slevových letáků respondentem 4 je v nějakých chvílích účelné, např. k sepsání nákupního seznamu, avšak uživatel letáky často prohlíží bezúčelně. Za autora práce je potřeba zmínit, že všechny aktivity, které respondenti dělají je baví a mají je rádi. Ano, ne vždy se jedná o činnosti s velkým přínosem a často jsou to aktivity, kterými pouze zabíjí volný čas, ale takové aktivity děláme v běžném životě všichni.

Schéma č. 11: Doména zdroje, kapitál

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

V *přechodových obdobích* jsou stanoveny 4 kódy zobrazeny ve schématu č. 12. Všichni respondenti uvádějí neplánovaný přechod z domácí péče do ústavní péče. Plánovaný přechod zažili 4 respondenti z ústavního zařízení do života v chráněném bydlení. Ústav, ve kterém uživatelé v tu dobu pobývali se na transformaci připravoval 3 roky, během kterých mimo jiné zmenšoval kapacitu obývaných pokojů. U respondenta 2 je nejasný přístup k plánovanému přechodu z ústavního zařízení do chráněného bydlení.

Schéma č. 12: Doména přechodová období

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

6.3 POROVNÁNÍ METOD ŠKÁLA OSOBNÍCH VÝSLEDKŮ A ŽIVOTNÍ PŘÍBĚHY

V závěru výzkumného šetření se zabýváme porovnáním zvolených výzkumných metod. Porovnání provádíme na základě 3 stanovených otázek, které obě metody propojují. Na základě odpovědí během rozhovorů ke škále POS a rozhovorů formou životních příběhů

dochází k porovnání shody odpovědí v jednotlivých, námi stanovených okruzích. První otázka „*Jak moc je osoba s mentálním postižením samostatná a zapojená do rozhodování?*“ odkazuje na faktor samostatnosti v dotazníkové škále POS, kde je možné získat maximální skóre 36. V životních příbězích je u jednotlivých respondentů sledována samostatnost a možnost rozhodování se během rozhovorů. Druhá otázka „*Jaké má osoba s mentálním postižením mezilidské vztahy a míru zapojení do komunity?*“ zahrnuje faktor sociálního začlenění, s možným skóre 54. V životních příbězích se segmenty rozhovorů zařazují ke kódům mezilidské vztahy a zapojení do komunity. Třetí otázka je „*Jak se osoba s mentálním postižením cítí?*“, která zahrnuje nejenom zdraví uživatele, ale také jeho spokojenost. Otázka se ztotožňuje s faktorem celkové pohody, kde je maximální skóre 54. Na uvedené otázky již bylo samostatně odpovězeno v kapitole 6.1.1 a podkapitolách kapitoly 6.2. V této kapitole dochází k porovnání jednotlivých výsledků. Maximální možné hodnocení pro jednu otázku u životních příběhů (LCI), na základě výpovědí respondentů, je skóre 6, maximálně lze získat skóre 18. LCI je hodnoceno 3 bodovou Likertovou škálou, kdy 3 = Ano; 2 = Možná / s asistencí / více méně; 1 = Ne. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 9. U porovnání těchto dvou metod je třeba vzít na vědomí rozdílné množství podotázek, které se k jednotlivým doménám vztahují. Ačkoli je snahou prezentovat přesné výsledky, mohou být částečně zkresleny bodovací škálou, která je vytvořena pro výzkumné šetření práce. Na přepočítaných procentech u jednotlivých respondentů je patrné, že kvalita života respondentů se přibližuje k podobným hodnotám. Z tohoto hlediska lze potvrdit validitu výzkumného šetření, kdy na stejný vzorek pohlížíme pomocí různých metod a úhlů pohledu.

Z tabulky č. 9 vyplývá, že respondent 1 má plné skóre u 1. otázky, u zbylých dvou otázek získává skóre 5. Výsledné hodnoty zjištěné pomocí POS jsou vyšší o 5 %. Což poukazuje na vysokou kvalitu života z pohledu respondenta 1. Díky vyprávění v životním příběhu lze vyzorovat zvýšení kvality života oproti životu v ústavním zařízení.

Výsledné hodnoty respondenta 2 se při porovnání výzkumných metod prakticky neliší, jedná se o shodná procenta. Dosahuje plného skóre v otázce týkající se mezilidských vztahů. Se svým životem je velmi spokojený, s vysokou mírou kvality života.

Respondent 3 má výslednou hodnotu vyšší u POS o 1,4 %, než je tomu u životního příběhu. Hlavní příčinou tohoto rozdílu je oblast možnosti rozhodování, kdy si respondent spíše

nemyslel, že by mohl sám o něčem rozhodovat. U dotazníkové škály POS je rozhodování rozděleno do několika podotázek, u kterých se respondent lépe orientuje.

U respondenta 4 je viditelně vyšší skóre u hodnocení životního příběhu, než je tomu u sečtení domén POS. Při vyplňování dotazníku POS respondent odpovídal častěji nevim nebo si nebyl jistý než při rozhovoru. Z obou výsledků je viditelná vysoká kvalita života vnímaná respondentem i větší spokojenost s jeho momentálním životem.

U respondenta 5 je zobrazen největší rozdíl, v metodě životního příběhu je skóre vyšší o 9 %. Nižší hodnocení u škály POS může být zapříčiněno především větším množstvím otázek týkajících se samostatnosti. Při těchto otázkách respondent dostával nižší hodnocení, jelikož mu je poskytována vyšší míra podpory.

Ze zmíněného shrnutí tabulky č. 9 vyplývá, vysoká míra shody získaných hodnot u dvou rozdílných metod. Všichni respondenti, kromě respondenta 1, dosahují vyšších hodnot u LCI, což může být zapříčiněno nastavením obecnějších výzkumných otázek. Dotazníková škála POS vedena formou rozhovoru je více detailněji zaměřena na určité aspekty v momentálním životě respondentů. LCI dává prostor respondentovi popsat svůj život od narození do přítomnosti. Při analyzování a vyhodnocování LCI dochází k většímu porovnávání minulosti a přítomnosti respondentova života, než jak je tomu u škály POS. Při polostrukturovaném rozhovoru LCI se mohou respondenti věnovat více oblastem, které oni považují za důležité. Rozhovor k dotazníkové škále POS je směřován spíše k otázkám, které jsou součástí dotazníku, věnující se aktuálně vnímané kvalitě života. Obě výzkumné metody jsou účinným nástrojem na zjištění kvality života uživatelů sociálních služeb a z ní vyplývající kvality sociální služby.

Tabulka č. 9: Porovnání výsledků z POS a životních příběhů

Otázka ¹		Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
1. otázka: „Jak moc je osoba s MP samostatná a zapojená do rozhodování?“	POS F. independence	32	31	33	27	20
	LCI samostatnost	3	3	3	2	2
	LCI možnost rozhodování	3	2	1	2	1
2. otázka: „Jaké má osoba s MP mezilidské vztahy a míru zapojení do komunity?“	POS F. sociální participace	53	46	42	41	33
	LCI mezilidské vztahy	2	3	2	3	2
	LCI začleňování do komunity	3	3	3	3	3
3. otázka: „Jak se osoba s MP cítí?“	POS F. celkové pohody	50	49	47	41	38
	LCI spokojenost	3	3	3	3	3
	LCI bez omezení zdraví	2	2	3	2	2
POS celkem (procent)		135 (93,8 %)	126 (87,5 %)	122 (84,7 %)	109 (75,7 %)	91 (63,2 %)
LCI celkem (procent)		16 (88,9 %)	16 (88,9 %)	15 (83,3 %)	15 (83,3 %)	13 (72,2 %)

Zdroj: Vlastní analýza, 2023

¹ Poznámka: 3 = Ano; 2 = Možná / s asistencí / více méně; 1= Ne

7 SHRNU TÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRA XI

V kapitole dochází ke shrnutí výsledků výzkumného šetření a k reflexi míry naplnění výzkumných cílů práce. V neposlední řadě formulujeme doporučení pro praxi. Výzkumná data vychází z informací, které jsou poskytnuty respondenty v rámci rozhovorů. Data byla získána podle předem stanovených metodologických postupů, které byly popsány v kapitolách 5.6.1 a 5.6.2.

7.1 STĚŽEJNÍ ZJIŠTĚNÍ

V této podkapitole čtenáře seznámíme s těmi nejdůležitějšími výsledky, které jsme se ve výzkumném šetření dozvěděli. Vyplývá z něj, že kvalita života lidí s mentálním postižením vnímaná pohledem uživatelů chráněného bydlení je vyšší, než jak jí hodnotí pracovníci této služby. Pouze v případě jednoho respondenta je skóre ze strany klíčových pracovníků vyšší. U respondenta 2 dosahuje rozdíl mezi pohledy až 29 bodů. Nejnižší hodnocení nalézáme u uživatelů v doménách sociálního začlenění a materiální pohody. To naznačuje nižší míru začleňování do společnosti, do aktivit místní komunity. Zajímavé je, že uživatelé vyzdvihují přátelské susedské vztahy, kdežto pracovníci začleňování do komunity v rámci komunitních akcí. Pro uživatele jsou z jejich pohledu důležitější osobní, individuálnější kontakty než zúčastňování se akcí, kde se lze domnívat, že jsou upozadováni a je s nimi zacházeno jako se skupinou. Z pohledu pracovníků se nižší hodnocení objevuje v doméně mezilidských vztahů. Uživatelé zmiňují v doméně mnoho přátelských vztahů a povídání si s blízkými, chození do kaváren a restaurací. Uživatelé vnímají velmi pozitivně vztahy s pracovníky, se kterými jsou v častém kontaktu a komunikují spolu. Z toho vyplývá, že tyto aktivity jsou pro uživatele důležité a mají je rádi. Ze strany pracovníků jsou zde reflektovány blízké vztahy a kamarádství uživatelů, které mají pouze v daném chráněném bydlení či v jiné domácnosti stejného poskytovatele. Dále pracovníci zmiňují, že do restaurací či kaváren chodí s uživateli jednou za měsíc nebo dva. Zmíněné zjištění je možno brát jako zpětnou vazbu pro pracovníky, že uživatelé rádi navštěvují kavárny či jiná místa, kde si mohou povídat a mohlo by se to dělat o to více.

Shoda v odpovědích uživatelů a pracovníků dosahovala ve skoro všech doménách více než 50 %. Nejvyšší shody bylo dosaženo v doméně práv a to 86,67 %. Naopak nejméně nalézáme v doméně mezilidských vztahů. Na procentuálním znázornění shody

v odpovědích můžeme v ypozorovat, že v některých otázkách pracovníci odpovídali stejným způsobem jako uživatelé. Zdaleka ale stejných odpovědí nebylo tolik, aby byl dostatečný pouze pohled pracovníků. Naopak toto znázornění ještě více dokazuje potřebu pohledu uživatele na jeho kvalitu života, kterou prožívá, jelikož ani jeho blízké osoby nebo osoby, které s ním jsou v každodenním kontaktu nedokáží odpovědět jeho pohledem, jak on to doopravdy cítí.

Při představení 5 životních příběhů si můžeme všimnout, že všichni respondenti určité období ve svém životě pobývali v ústavním zařízení. Respondenti se shodují v tom, že jsou v chráněném bydlení spokojenější než v předchozích zařízeních a nic by na chráněném bydlení neměnili. Toto zjištění poukazuje na zlepšení kvality života respondentů díky individuálnějšímu přístupu, který k nim pracovníci zaujímají. Uživatelé mají své oblíbené činnosti, kterým ve své domácnosti rádi věnují. Některé aktivity postrádají větší smysluplnost a jde pouze o zabavení konkrétních uživatelů. Většina konaných činností jako je např. čtení, smysluplné psaní nebo chození na komunitní akce, respondenty více zapojují do komunity a jsou pro ně přínosné, jak zmiňují pracovníci.

Z dotazníkové škály POS i z rozhovorů LCI vyplývá vysoká spokojenost respondentů s jejich kvalitou života. Dochází ke zjištění, že obě metody jsou podobně účinné a společně se velmi dobře doplňují, jelikož každá na kvalitu života nahlíží jiným způsobem. Při použití POS dochází ke konkrétnějšímu dotazování týkajícího se jednotlivých aspektů kvality života, na které se dá nahlížet nejenom pohledem uživatele, ale také pohledem pracovníka. Využití škály může sloužit také pro pracovníky služby, aby zjistili rozdílnost nahlížení na určité aspekty, než jak je vnímá uživatel. Škála může pracovníkům nastínit, na co se mohou do budoucna více zaměřit a v čem mohou poskytovat uživatelům lepší a přiměřenější podporu při činnostech a začleňování do společnosti. Rozhovory LCI umožnili vytvoření 5 životních příběhů, které jsme dále doplnili o konkrétnější informace od pracovníků služby.

7.2 MÍRA NAPLNĚNÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ

V bakalářské práci jsme si stanovili jeden hlavní výzkumný cíl „zjistit vnímání kvality života lidí s mentálním postižením žijících ve vybrané službě chráněného bydlení“, pro jeho zjištění byly stanoveny 3 dílčí výzkumné cíle.

Prvním bylo „zjistit subjektivně vnímanou kvalitu života očima lidí s mentálním postižením žijících ve vybrané službě chráněného bydlení“. K naplnění uvedeného cíle jsme využili dvou výzkumných metod, dotazníkovou škálu POS formou rozhovoru a metodu LCI na výzkumném vzorku 5 osob s mentálním postižením z vybraného chráněného bydlení. Druhým dílčím cílem bylo „zjistit kvalitu života pohledem pracovníků vybraného chráněného bydlení“. Tento cíl jsme naplnili využitím metody vedení proxy dotazníků tzv. škálu POS formou rozhovoru. Třetím dílčím cílem bylo „porovnat zjištěný Index kvality života lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení“. V rámci analýzy jsme porovnávali hodnoty získané z dotazníkové škály POS z rozhovorů s uživateli i s klíčovými pracovníky chráněného bydlení mezi sebou a také rozhovory metodou LCI. Výsledné hodnoty, které byly zaznamenány do tabulek v podkapitolách kapitoly 6, zahrnovaly naplnění výzkumných dílčích cílů, a tedy i hlavního výzkumného cíle.

Na základě postupného zjišťování dílčích cílů jsme odhalili různé pohledy na vnímání kvality života osob s mentálním postižením a naplnili hlavní výzkumný cíl. Na základě odhalených výsledků sestavujeme doporučení pro praxi.

7.3 DOPORUČENÍ PRO PRA XI

Z výzkumného šetření práce vyplývají doporučení pro praxi adresovaná poskytovatelům a pracovníkům sociálních služeb.

Poskytovatelé služeb by měli mít zájem na zvyšování kvality života uživatelů a dotazníková škála POS jim může poskytnout rámec. Provádění dotazníkové škály POS v organizaci by měl dělat nestranný pracovník nebo nestranná osoba, která je seznámena s problematikou lidí s mentálním postižením a s konceptem kvality života. Ve velkých organizacích mohou dotazník vyplňovat pracovníci z jiných chráněných bydlení, které s uživateli nepřichází tak často do kontaktu či vyšší management. Cílem organizace a jejich pracovníků by mělo být zvýšení kvality života uživatelů, lidí s mentálním postižením, pomocí poskytnutí přiměřené a individuálně nastavené podpory.

V sociálních službách je potřeba na kvalitu života nahlížet nejenom potřebností materiálního vybavení v domácnostech a pokojích uživatelů, ale právě zaměřit pohled na to, co oni sami vyžadují a jak se cítí. Z výzkumů (Jacinto, 2023; Káňová a kol., 2022;

Tatsuta, 2022; Schouten, 2017; Carbó-Carreté, 2015; Balboni, 2013; Claes, 2012) totiž plyne, že v mnoha případech je kvalita života uživatelů služeb snižována kvůli nedostatečnému zapojení do komunity / společnosti či nenaplnění partnerských nebo blízkých kamarádských vztahů.

Poskytovatelům sociálních služeb doporučujeme provedení dotazníkové škály POS s uživateli, ale také prostřednictvím proxy dotazníků s pracovníky. Snahou by mělo být zvýšení výsledných hodnot u všech domén. Uživatelům by měl být dán prostor pro samostatné rozhodování a dávány možnosti volby. Podpora, která je lidem s mentálním postižením poskytována během činností by měla být odstupňována a přiměřená ke konkrétním jedincům by mělo být přistupováno individuálně. Pracovníkům v sociálních službách by mělo být poskytnuto odpovídající vzdělání a výcvik pro práci a podporu lidí s mentálním postižením.

Poskytovatelé by měli také aktivně spolupracovat s rodinou a blízkými uživatelů služby. Cílem by mělo být ověření, zda jsou potřeby jednotlivců naplňovány a zda jsou ve službě opravdu spokojeni a podporu služby vnímají kladným způsobem.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo „*vnímání kvality života lidmi s mentálním postižením*“. Výzkumný problém byl definován jako „*kvalita života lidí s mentálním postižením ve službě chráněné bydlení*“, ze kterého byl stanoven hlavní výzkumný cíl „*zjistit vnímání kvality života lidí s mentálním postižením žijících ve vybrané službě chráněného bydlení*“. Pro lepší pochopení a zodpovězení hlavního výzkumného cíle byly v práci identifikovány 3 dílčí výzkumné cíle. Ve výzkumném šetření byla využita smíšená výzkumná strategie. První výzkumnou metodou byla dotazníková Škála osobních výsledků (POS), druhou byl polostrukturovaný rozhovor formou životních příběhů (LCI). Rozhovory byly uskutečňovány s 5 uživateli služby chráněného bydlení a 2 klíčovými pracovníky. Data byla zpracována statistickou analýzou a obsahovou analýzou pomocí otevřeného kódování.

Z výzkumného šetření vyplynula důležitost subjektivního pohledu na kvalitu života. Nelze na ni nahlížet pouze pohledem pracovníků, kteří poskytují podporu či blízkých osob. Pokud se jedná o kvalitu života konkrétního jedince, je potřeba zjišťovat jeho pohled, jak on na něj nahlíží a jak on se skutečně cítí.

Vzhledem k malému výzkumnému vzorku respondentů není možné výsledky našeho výzkumného šetření vztahovat na většinovou populaci osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Naše práce pouze nastiňuje problematiku možností vnímání kvality života lidí s mentálním postižením.

Validita a reliabilita výzkumného šetření byla zajišťována triangulací dat. Na kvalitu života lidí s mentálním postižením bylo nahlíženo pomocí dvou výzkumných vzorků a dvou výzkumných metod pro zvýšení správnosti výsledných hodnot.

RESUMÉ

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou vnímání kvality života lidmi s mentálním postižením. Vyhodnocení kvality života uživatelů sociální služby je jednou z možností, jak stanovit kvalitu dané sociální služby. Na kvalitu života bylo nahlíženo z pohledu 5 uživatelů vybraného chráněného bydlení i z pohledu 2 klíčových pracovníků služby. K porovnání pohledů na kvalitu života uživatelů byla využita metoda dotazníkového šetření Škály osobních výsledků (Personal Outcomes Scale; POS). V práci na kvalitu života nahlížíme také pomocí polostrukturovaných rozhovorů vedených metodou životních příběhů (Life Course Interview; LCI), které byly sestavovány z rozhovorů s uživateli a doplněny o informace od klíčových pracovníků. Z výzkumného šetření POS vyplývá, že uživatelé služby hodnotí kvalitu svých životů vyšší než pohled pracovníků. Zmíněné zjištění poukazuje na důležitost subjektivního pohledu uživatelů na kvalitu života. Z životních příběhů respondentů je patrné zlepšení kvality života po transformaci původně ústavního zařízení. Uživatelé v chráněném bydlení se cítí více samostatní a s větším právem a možností rozhodovat o sobě samých.

SUMMARY

The presented bachelor thesis deals with the topic of perception of Quality of Life (QoL) of people with mental disabilities. Assessing the QoL of social service users is one of the ways, one can determine the quality of a given social service. The QoL was viewed from the perspective of 5 users of a selected sheltered housing and from the perspective of 2 key workers of the service. The Personal Outcomes Scale (POS) questionnaire survey method was used to compare users' perspectives on QoL. In the thesis, QoL is also viewed using semi-structured interviews conducted using the Life Course Interview (LCI) method, which were compiled from interviews with service users and supplemented with information from key workers. The POS research shows that service users rate their QoL as higher than the staff. The findings highlight the importance of users' subjective view of QoL. The life stories of the respondents show an improvement in QoL following the transformation of the formerly institutional setting. Users in sheltered housing feel more independent and with more rights and opportunities to make decisions for themselves.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AAIDD. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. *Definition of Intellectual Disability* [online]. [cit. 1. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.aidd.org/intellectual-disability/definition>.
2. *Až vyletí z hnízda* [film]. SMPM ČR & Jednota pro deinstitucionalizaci, 2023. [Cit. 20. 2. 2024] Dostupné z: <https://zhnizda.org/2023/10/12/az-vyleti-z-hnizda-film-o-moznostech-osamostatnovani-mladych-lidi-s-postizenim/>.
3. BALBONI, Giulia, COSCARELLI, Alessandra, GIUNTI, Giulia & SCHALOCK, Robert. *The assessment of the quality of life of adults with intellectual disability: The use of self-report and report of others assessment strategies*. *Research in developmental disabilities*, 2013. 34. ISSN: 4248-4254. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.09.009.
4. BEADLE-BROWN, Julie, ŠIŠKA, Jan & KÁŇOVÁ, Šárka. *Mapping frameworks and approaches to measuring the quality of transition support services for young people with intellectual and developmental disabilities*. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 4. Article Number 1043564, 2023. ISSN: 2673-6861.
5. BIGBY, Christine & Julie BEADLE-BROWN. *Improving Quality of Life Outcomes in Supported Accommodation for People with Intellectual Disability: What Makes a Difference?* *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2016, 31(2), e182-e200. ISSN: 1468-3148. DOI:10.1111/jar.12291.
6. BURIÁNEK, Jiří. *Systémová sociologie: Problém operacionalizace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. Acta Universitatis Carolinae. ISBN: 80-7066-842-3.
7. CAMPBELL, Angus, CONVERSE, Philip E. & RODGERS, Willard L. *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation, 1976. ISBN:978-0-87154-194-9.
8. CAMPO, Stephanie F., SHARPTON, William R., THOMPSON, Bruce & SEXTON, David. *Correlates of the quality of life of adults with severe or profound mental retardation*. *Mental Retardation*, 35(5), 329–337, 1997. ISSN: 1697-2600. DOI: 10.1352/0047-6765(1997)035<0329:COTQOL>2.0.CO;2.
9. CARBÓ-CARRETÉ, Maria, OLMOS, Joan G. & GINÉ, Climent. *Psychometric properties of the Spanish version of the Personal Outcomes Scale*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2015. ISSN: 1697-2600. DOI: 10.1016/j.ijchp.2015.04.002.
10. CLAES, Claudia, VANDEVELDE, Stijn, VAN HOVE, Geert, LOON, Jos, VERSCHULDEN, Griet & SCHALOCK, Robert. *Relationship between Self-Report and Proxy Ratings on Assessed Personal Quality of Life-Related Outcomes*. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2012. ISSN:1741-1130. DOI: 9.10.1111/j.1741-1130.2012.00353.x.
11. COLBY, Anne. *Foreword: Crafting life course studies*. In J. Z. Giele & G. H. Elder, Jr. (Eds.), *Methods of life course research: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998. ISSN: 978-0761914372. DOI: 10.2307/3089377.
12. CUMMINS, Robert A. *Assessing quality of life*. In R. I. Brown (Ed.), *Assessing quality of life for people with disabilities: Models, research, and practice* (s. 116–150). London: Stanley Thornes, 1997. ISBN: 978-3-319-26581-0. DOI: 10.1007/978-3-319-26583-4_8.

13. ČAMSKÝ, Pavel, KRUTILOVÁ, Dagmar, SLADKÝ, Pavel & SEMBDNER, Jan. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008. ISBN: 978-80-254-3427-7.
14. ČERNÁ, Marie, ŠÍŠKA, Jan & STRNADOVÁ, Iva. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN: 978-80-246-3071-7.
15. Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. 2006.
16. ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk & ČEVELOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN: 978-80-247-3901-4.
17. DRAGOMIRECKÁ Eva. *Kvalita života*. In Matoušek O.: *Encyklopedie sociální práce*. Praha, Portál, 2013, s. 223-226. ISBN 978-80-262-0366-7.
18. ELDER, Glen H. Jr., KIRKPATRICK JOHNSON, Monica, & CROSNOE, Robert. *The emergence and development of life course theory*. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course*, 2003, s. 3–19. New York: Kluwer. ISBN: 978-0-306-47498-9. DOI: 10.1007/978-0-306-48247-2_1.
19. FELCE, David & Perry, Jonathan. *Quality of life: Its definition and measurement*. Research in Developmental Disabilities, 16(1), 51–74, 1995. ISSN: 0891-4222. DOI: 10.1016/0891-4222(94)00028-8.
20. FIGARI, Cecilia Ana, FERNÁNDEZ Unsain & RAMIRO Andrés. *Re-presentaciones sociales de la discapacidad: entre modelos y personas. Debates y perspectivas en la dinámica de las interacciones sociales*. Revista Española de Discapacidad, 11(2), 7-28, 2023. ISSN: 2340-5104. DOI: 10.5569/2340-5104.11.02.01.
21. GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN: 80-85931-79-6.
22. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. ISBN: 80-7367-040-2.
23. HOLASOVÁ MALÍK, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4315-8.
24. CHRÁSKA, Miroslav. *Základy kvalitativního výzkumu, 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-5326-3.
25. JACINTO, Miguel, RODRIGUES, Filipe, MONTEIRO, Diogo, ANTUNES, Raul, FERREIRA, José P., MATOS, Rui & CAMPOS, Maria J. *Quality of Life in Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities: The Congruency Effect between Reports*. Healthcare 2023, 11, 1748. EISSN: 2227-9032. DOI: 10.3390/healthcare11121748.
26. JANYŠKOVÁ, Kristýna, KÁŇOVÁ, Šárka, BEADLE-BROWN, Julie D. & ŘEZÁČ, Karel. *Preliminary findings on the impact of training in active support in community-based services in the Czech Republic*. online, 2022. IAASSIDD QUALITY OF LIFE SIRG WEBINAR – QUALITY SUPPORT FOR QUALITY OF LIFE IN A CHANGING WORLD.
27. Jednota pro deinstitucionalizaci, JDI - z.s. *Technická Kritéria pro pobytové a některé ambulantní komunitní sociální služby*. 2016. [Cit. 1. 2. 2024] Dostupné z: <https://jdicz.eu/deinstitucionalizace/dokumenty/>.
28. KACZOR, Pavel. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Oeconomica, 2015. ISBN: 978-80-245-2096-4.

29. KASNITZ, Devva. *Life Event Histories and the US Independent Living Movement*. In M. Priestly, editor, *Disability and the Life Course*. Pages 67-79. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2001. ISBN: 978-0521797344.
30. KÁŇOVÁ, Šárka, BEADLE BROWN, Julie, ŘEZÁČ, Karel, JANYŠKOVÁ, Kristýna & KRÁLOVÁ, Anna. *The availability and nature of community living for people with intellectual disabilities in the Czech Republic*. Tizard Centre, University of Kent [article in press].
31. KÁŇOVÁ, Šárka, ŘEZÁČ, Karel & JANYŠKOVÁ, Kristýna. *Povaha a kvalita komunitních pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením v České republice v kontextu zahraničního srovnání*. In: Politické ekonomické, sociální a technologické výzvy pro sociální práci. Hradec Králové, 2021. ISBN: 978-80-7435-833-3.
32. KOHOUT, Jiří, ŠIŠKA, Jan, BEADLE-BROWN, Julie, ČÁSLAVA, Pavel & Truhlářová Zuzana. *Measuring the Perceived Importance of Indicators of the Quality of Social Care Services*. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 19:3, 367-382, 2022. ISSN: 2640-8066. DOI: 10.1080/26408066.2022.2045240.
33. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV, 2007.
34. Kolektiv autorů. *Kvalita v sociálních službách*. Praha: MPSV, 2002.
35. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Praha: MPSV, 2021.
36. MALLEY, Julliete & FERNÁNDEZ, José-Luis. *Measuring quality in social care services: Theory and practice*. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81(4), 559–582, 2010. ISSN: 1370-4788. DOI: 10.1111/j.1467-8292.2010.00422.x.
37. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-310-9.
38. MATOUŠEK, Oldřich, KOLDINSKÁ, Kristýna & PRŮŠA, Ladislav. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0041-3.
39. MERCHEL, Joachim. *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung*. München: Juventa, 2010. ISBN: 978-3-7799-1888-2.
40. MILLOVÁ, Katarína. *Životní tranzice v dospělosti z pohledu životní dráhy: přehledová studie*. *Psychologie a její kontexty*, 11(1), 5–22, 2020. ISSN: 1803-9278. DOI: 10.15452/PsyX.2020.11.0001.
41. MKN-10. *Mentální retardace* [online]. 2023 [cit. 1. 12. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>.
42. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb. 1. vydání*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. ISBN: 978-80-7421-057-0. [Cit. 1.2.2024] Dostupné z: www.trass.cz.
43. OSN. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. Organizace spojených národů, 2006. [Cit. 20. 11. 2023] Český překlad dostupný z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf.

44. PARASURAMAN, Parsu A., ZEITHAMI, Valerie A. & BERRY, Leonard L. *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research (SERVQUAL)*. Journal of Marketing, 1985. Vol. 49, No.4, Fall. ISSN: 0022-2429. DOI: 10.2307/1251430.
45. PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portal, 2015. ISBN: 978-80-262-0932-4.
46. PRESCOTT-ALLEN, Robert. *The well-being of nations: A Country-By-Country Index Of Quality Of Life And The Environment*. Washington, DC: Island Press, 2001. eISBN: 978-1-59726-350-4.
47. PRIESTLEY, Mark. *Disability. A life course Approach*. Cambridge: Polity Press, 2003. ISBN: 0745625134.
48. SCHALOCK, Robert L., GARDNER, John F. & BRADLEY, Valerie J. *Quality of life for persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2007. ISSN: 1934-9491.
49. SCHALOCK, Robert L., KEITH, Kenneth D., VERDUGO, Miguel A. & GOMEZ, Larios E. *Quality of life model development and use in the field of intellectual disability*. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities: From theory to practice*. New York: Springer, 2009. ISBN: 978-9400733671. DOI: 10.1007/978-90-481-9650-0_2.
50. Schalock, Robert L. & Verdugo, Miguel A. *Quality of life as a change agent*. International Public Health Journal, Suppl.Special Issue: Quality of Life and Intellectual Disability. 2014, vol. 6, no. 2, s. 105-117. ISSN: 1947-4989.
51. SCHOUTEN, Ben. *Kwaliteit van bestaan: een praktijkonderzoek naar de kwalitatieve en kwantitatieve meerwaarde van POS*. Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 2017. ISSN: 0923-2370.
52. SONIA & DEVI, Sarungbam. *People with intellectual disabilities-an approach towards management issues*. International Journal of Advanced Research. 11, 2023. ISSN: 2320-5407. DOI: 1125-1130. 10.21474/IJAR01/17918.
53. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s., 2021. *Možnosti bydlení pro lidi s mentálním postižením*. [Cit. 4. 1. 2024] Dostupné z: <https://www.spmpr.cz/pro-rodinu/socialni-sluzby-a-prace/moznosti-bydleni/>.
54. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s., Jednota pro deinstitucionalizaci – JDI, z. s. *Až vyletí z hnízda – Závěrečná zpráva z průzkumu mezi rodiči k osamostatňování jejich dětí s mentálním a dalším postižením v dospělosti*. 2023. [Cit. 4. 1. 2024] Dostupné z: <https://zhnizda.org/2023/10/12/az-vyleti-z-hnizda-film-o-moznostech-osamostatnovani-mladych-lidi-s-postizenim/>.
55. STICHLER, Jaynelle F. & WEISS, Marianne E. *Through the eye of the beholder: Multiple perspectives on quality in women's health care*. Journal of Nursing Care Quality, 15(3), 59–74, 2001. ISSN: 1057-3631. DOI: 10.1097/00001786-200104000-00009.
56. ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN: 80-246-0992-4.

57. ŠIŠKA, Jan & BEADLE-BROWN, Julie. *The development, conceptualisation and Implementation of quality in disability support services*. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2021. ISBN: 8024649535.
58. ŠIŠKA, Jan, BEADLE BROWN, Julie, KÁŇOVÁ, Šárka & TØSSEBRO, Jan. *Active Citizenship through community living. A multi-level perspective*. In: *The Changing Disability Policy System*. England: Routledge, 2017. ISBN: 9781315623931. DOI: 10.4324/9781315623931-5.
59. ŠIŠKA, Jan, ČÁSLAVA, Pavel, KOHOUT, Jiří, BEADLE-BROWN, Julie, Truhlářová, Zuzana & HOLEČKOVÁ, Markéta Kateřina. *What matters while assessing quality of social services? Stakeholders' perspective in Czechia*. *European Journal of Social Work*, 24:5, 864-883, 2021. ISSN: 1468-2664. DOI: 10.1080/13691457.2021.1934411
60. ŠIŠKA, Jan & KÁŇOVÁ, Šárka. *Comparative analysis of the current state of affairs in community living. Review of statistics, law, policy and research on deinstitutionalisation and community living for persons with disabilities – A Working Paper*. Oslo: Oslo and Akershus University College, 2014.
61. ŠIŠKA, Jan, LATIMIER, Camille & KÁŇOVÁ, Šárka. *Možnosti a perspektivy kvalitativní analýzy životních drah mladých dospělých s postižením*. *Speciální pedagogika*, 2013, 23(1), s. 39-53. ISSN: 1211-2720.
62. ŠVAŘÍČEK, Roman & ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-313-0.
63. TAYLOR, Emma L., THOMPSON, Paul A., MANKTELOW, Nicholas, et al. *Mapping and identifying service models for community-based services for children with intellectual disabilities and behaviours that challenge in England*. *BMC Health Serv Res* **23**, 1354, 2023. ISSN: 1472-6963. DOI: 10.1186/s12913-023-10388-9.
64. TØSSEBRO, Jan. *Ensuring quality – the living conditions approach in Scandinavia*. In Šiška, J., & Beadle-Brown, J. et al. *The development, conceptualisation and implementation of quality in disability support services*. Prague: Karolinum Press, 2021. ISBN: 978-80-246-4953-5.
65. TATSUTA, Mizuho, KAWAI, Norimune, USHIYAMA, Michio & LOMBARDI Marco. *Japanese version of the Personal Outcomes Scale for persons with intellectual disability: Validity and reliability*. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2022, 48:1, 23-39. ISSN: 13668250. DOI: 10.3109/13668250.2022.2086109.
66. VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN: 978-80-262-0602-6.
67. VALENTA, Milan, MICHALÍK Jan & LEČBYCH Martin. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3829-1.
68. VALENTA, Milan, MICHALÍK Jan & LEČBYCH Martin. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. ISBN: 978-80-271-0378-2.
69. VAN LOON, Jos, CLAES, Claudia, SCHALOCK, Robert L. & VAN HOVE, Geert. *Personal Outcome Scale for Adults. POS – A. A Scale to Assess an Individual's Quality of Life*. Belgium: University of Gent, 2013.
70. VAN LOON, Jos, VAN HOVE, Geert, SCHALOCK, Robert L., & CLAES, Claudia. *Personal Outcomes Scale. Administration and Standardization Manual. Arduin*. Belgium: University of Gent, 2009.

71. VERDUGO, Miguel A., SCHALOCK, Robert L., KEITH, Kenneth D. & STANCLIFFE, Roger J. *Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines*. Journal of Intellectual Disability Research, 2005, 49(10), 707–717. ISSN: 1365-2788. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x.
72. WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. Social Science and Medicine. 41(10), 1403-1409, 1995. ISSN: 0277-9536. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.

SEZNAM SCHÉMAT, TABULEK A PŘÍLOH

Schéma č. 1: Konceptualizace kvality života dle Shalocka a Verduga	14
Schéma č. 2: Konceptualizace výzkumného problému a cílů práce	23
Schéma č. 3: Mapa životního příběhu respondenta 1	43
Schéma č. 4: Mapa životního příběhu respondenta 2	45
Schéma č. 5: Mapa životního příběhu respondenta 3	46
Schéma č. 6: Mapa životního příběhu respondenta 4	47
Schéma č. 7: Mapa životního příběhu respondenta 5	49
Schéma č. 8: Doména trajektorie	50
Schéma č. 9: Doména životní cesta	50
Schéma č. 10: Doména zlomové okamžiky	51
Schéma č. 11: Doména zdroje, kapitál	52
Schéma č. 12: Doména přechodová období.....	52
Tabulka č. 1: Věkový průměr uživatelů chráněného bydlení.....	21
Tabulka č. 2: Skóre jednotlivých domén subjektivního a objektivního pohledu respondentů.....	34
Tabulka č. 3: Skóre jednotlivých faktorů objektivního pohledu respondentů	35
Tabulka č. 4: Skóre shody pohledů uživatelů a pracovníků, dle respondentů	36
Tabulka č. 5: Skóre shody pohledů uživatelů a pracovníků, dle domén POS	36
Tabulka č. 6: Porovnání středních hodnot subjektivního a objektivního pohledu.....	37
Tabulka č. 7: Porovnání středních hodnot subjektivního pohledu v naší studii a zahraničních studiích	39
Tabulka č. 8: Porovnání středních hodnot objektivního pohledu v naší studii a zahraničních studiích	41
Tabulka č. 9: Porovnání výsledků z POS a životních příběhů.....	55
Příloha č. 1: Informovaný souhlas uživatele služby.....	VIII
Příloha č. 2: Informovaný souhlas pracovníka služby.....	IX
Příloha č. 3: Struktura pro polostrukturovaný rozhovor formou životních příběhů.....	X
Příloha č. 4: Legenda k mapám životních příběhů	XI
Příloha č. 5: Znázornění výsledků životních příběhů.....	XII

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas uživatele služby

Je v pořádku někoho požádat, aby vám pomohl přečíst tento formulář.

Formulář souhlasu od: _____ (Napište své jméno)

Prosím zaškrtněte **Ano** nebo **Ne**:

	Souhlasíte s tím, aby vás Anna navštívila a vedla s Vámi rozhovor?	 <input type="checkbox"/> Ano	 <input type="checkbox"/> Ne
	Víte o tom, že můžete účast ve výzkumu odmítnout?	 <input type="checkbox"/> Ano	 <input type="checkbox"/> Ne
	Víte, že i když teď řeknete ano na účast ve výzkumu, můžete si to později rozmyslet a říct ne?	 <input type="checkbox"/> Ano	 <input type="checkbox"/> Ne
	Mohl/a jste se zeptat na vše, co jste o účasti ve výzkumu potřeboval/a vědět?	 <input type="checkbox"/> Ano	 <input type="checkbox"/> Ne

Váš podpis:

Datum:

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pracovníka služby**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Byl/a jste zkontaktován/a k poskytnutí rozhovoru a vyplnění dotazníku k získání dat pro výzkumné šetření bakalářské práce s názvem Vnímání kvality života lidmi s mentálním postižením - *Případová studie vybraného chráněného bydlení v Plzeňském kraji*.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a s jeho následným zpracováním. Celý rozhovor a získané informace budou anonymizovány a nebudou s nikým sdíleny. Vaše účast na výzkumném šetření je dobrovolná a máte právo odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku.

Já (jméno, příjmení): _____,

souhlasím s poskytnutím rozhovoru a vyplněním výzkumné škály Anně Králové za účelem získání informací k výše uvedenému výzkumnému šetření.

V: _____ Dne: _____

Příloha č. 3: Struktura pro polostrukturovaný rozhovor formou životních příběhů

- 1) BIOGRAFICKÉ ÚDAJE O RESPONDENTOVÍ
 - Pohlaví
 - Datum narození
 - Místo pobytu
 - Stav
 - Počet dětí
 - Typ postižení (vrozené či získané)
 - Zaměstnanecký status
 - Vztahy (rodinné, kamarádské, partnerské, ...)
 - Zdraví
- 2) SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
 - Invalidní důchod
 - Příspěvek na péči
- 3) ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH (LIFE COURSE)
 - Můžete mi říct něco o sobě, prosím?
 - Jaké pro Vás byly nejdůležitější okamžiky, které jste zažil? Jaké to bylo období a kdo nebo co Vám tehdy pomohlo?
- 4) VZDĚLÁVÁNÍ
 - Jakým způsobem vzpomínáte na školu?
 - Do jaké školy jste chodil a jakou školu jste absolvoval?
 - Pokud jste byl zproštěn povinnosti školní docházky, byl jste dovzděláván?
- 5) BYDLENÍ A ŽIVOT V KOMUNITĚ
 - Bydlení (kdy, kde, jak v průběhu let)
 - Představovalo pro Vás stěhování změny? (v čem, proč, ...)
 - Máte pocit, že jste ve věci bydlení mohl činit vlastní volby a mohl se podílet na rozhodování o budoucím bydlení?
 - Existuje někdo nebo nějaká organizace, která Vám změny v bytové situaci pomohla uskutečnit?
- 6) ÚČAST NA AKTIVITÁCH V KOMUNITĚ A SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ
 - Jak nejraději a nejčastěji trávíte svůj volný čas? Čemu se věnujete, co máte rád?
 - Trávení volného času (setkávání se s přáteli, rodinou, sám)
- 7) ÚČAST NA ŽIVOTĚ VE SPOLEČNOSTI, POLITICKÁ PARTICIPACE
 - Individuální participace – volby (hlasování, prezident, ...)
 - Kolektivní participace – účast na životě v komunitě – spolky, kluby, ...
- 8) VYUŽÍVÁNÍ A DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
 - Využíval jste někdy sociální služby, případně jaké?
 - Měl jste možnost si ze sociálních služeb vybrat?
 - Jak vnímáte své momentální bydlení? (jako sociální službu, domov, ...)
- 9) SNY A PŘÁNÍ
 - Sny a přání

Příloha č. 4: Legenda k mapám životních příběhů

	Diagnostika onemocnění
	Domácí péče
	Ústavní péče
	Vzdělávací zařízení
	Chráněné bydlení
	Úmrtí v rodině
	Svatba v rodině

Příloha č. 5: Znázornění výsledků životních příběhů

Domény	Kódované segmenty	R1	R2	R3	R4	R5
Trajektorie	T01: rodina	2	2	2	2	2
	T02: bezproblémové dětství	1	0	1	1	1
	T03: problémové dětství	0	1	0	0	0
	T04: vzdělání	2	3	1	2	2
	T05: partnerské vztahy	0	1	0	1	0
	T06: bez zaměstnání	1	1	1	1	1
	Celkem trajektorií	6	8	5	7	6
Životní cesta	P01: bez možnosti volit	1	1	1	1	1
	P02: invalidní důchod, příspěvky	2	2	2	2	2
	P03: omezená svéprávnost	1	1	1	1	1
	P04: zproštění povinné školní docházky	1	0	1	1	1
	P05: opatrovníkem je/byla rodina	1	1	1	1	1
	P06: opatrovníkem je obec	0	0	1	0	0
	Celkem životních cest	6	5	7	6	6
Zlomové okamžiky	TP01: diagnostika onemocnění	2	1	1	1	1
	TP02: úmrtí v rodině	0	0	3	0	0
	TP03: svatba v rodině	0	0	1	0	0
	TP04: rozvod rodičů	1	1	0	1	1
	TP05: jiné zdravotní omezení	2	1	1	2	3
	Celkem zlomových okamžiků	5	3	6	4	5
Zdroje, kapitál	R01: rodina	2	2	1	2	2
	R02: zaměstnanci CHB	1	1	1	1	1
	R03: přátelé mimo CHB	0	1	0	1	0
	R04: informační zdroje	2	2	3	1	1
	R05: podpora služby	1	2	1	1	1
	R06: spokojenost s CHB	1	1	1	1	1
	R07: zájmové činnosti	3	4	6	2	2
	R08: zapojení do komunity	2	2	2	2	2
	Celkem zdrojů, kapitálů	12	15	15	11	10
Přechodová období	TR01: domácí péče	1	1	1	1	1
	TR02: ústavní péče	2	2	1	2	1
	TR03: život v CHB	1	1	1	1	1
	TR04: dlouhodobě plánovaný přechod	1	0	0	1	1
	Celkem přechodových období	5	4	3	5	4